

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

**MOŽNOSTI UŽITÍ ARTETERAPIE A JEJÍ POZICE
V RÁMCI KOMPREENZÍVNÍ REHABILITACE**

pilotní průzkum

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Lukáš Dastlík

Zpracovala:

Pavla Matějková

Praha, srpen 2006

Souhrn

Název práce: Možnosti užití arteterapie a její pozice v rámci komprehenzivní rehabilitace : pilotní průzkum

Title: The possibilities in application of art therapy within komprehensive rehabilitation : a pilot survey

Cíle práce: Zpracovat rešerši literatury věnované arteterapii a chronické bolesti psychogenního charakteru včetně možností jejího ovlivnění pomocí psychoterapie. Doplnit tyto poznatky o sondu do praktické aplikace arteterapie. Zjistit, zda má arteterapie uplatnění v rámci komprehenzivní rehabilitace, především při chronické bolesti, a navrhnout konkrétní možnosti využití technik arteterapie ve fyzioterapeutické praxi.

Metoda: Jedná se o rešerši doplněnou sondou do praktické aplikace arteterapie a její pozice na třech různých klinických pracovištích. Tento pilotní průzkum trval 14 týdnů a data byla získávána pomocí zúčastněného pozorování, nestandardizovaných rozhovorů s 28 probandy a konzultací s arteterapeuty.

Výsledky: Arteterapie má pozitivní vliv na řadu faktorů podílejících se na vzniku či ovlivňujících průběh různých onemocněních a psychických poruch. V několika případech byl v návaznosti na arteterapii zaznamenán i ústup bolesti.

Klíčová slova: arteterapie, psychoterapie, psychogenní bolest, chronická bolest, komprehenzivní rehabilitace

Pavla Matějková, srpen 2006

Chtěla bych poděkovat Mgr. Lukáši Dastlíkovi za odborné vedení a cenné metodické i praktické rady. Dále bych chtěla vyjádřit své díky arteterapeutům MuDr. Tereze Gueye, Ondřeji Bydžovskému a Bc. Barboře Borákové, kteří mi umožnili zúčastňovat se terapeutických sezení a podělili se se mnou o cenné zkušenosti z dlouholeté praxe.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a veškerou použitou literaturu řádně citovala.


Pavla Matějková

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům.

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatelů, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat.

Jméno a příjmení:	Číslo obč. průkazu:	Datum vypůjčení:	Poznámka:
-------------------	---------------------	------------------	-----------

OBSAH

SOUHRN.....	2
1. ÚVOD.....	7
2. VÝZNAM A TEORETICKÝ RÁMEC VÝZKUMU.....	8
3. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	9
4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	10
5. DOSAVADNÍ POZNATKY.....	11
6. TEORETICKÁ ČÁST.....	18
6.1 Arteterapie.....	18
6.1.1 Vymezení pojmu, rozdělení, charakteristika.....	18
6.1.2 Historie arteterapie.....	20
6.1.3 Pozice a možnosti arteterapie v České Republice.....	21
6.1.4 Zvláštní význam práce s hlinou.....	23
6.1.5 Struktura arteterapeutického sezení.....	25
6.2 Bolest.....	26
6.2.1 Obecná charakteristika.....	26
6.2.2 Fyziologie a patofyziologie bolesti.....	27
6.2.3 Psychosociální složka bolesti.....	30
6.2.3.1 Vznik psychogenní bolesti.....	31
6.2.3.2 Léčba psychogenní bolesti.....	38
6.2.3.3 Specifika skupinové terapie.....	41

7. PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
7.1 Výzkumné metody.....	44
7.2 Plán výzkumu.....	45
7.3 Proměnné ovlivňující náš výzkum.....	46
7.3.1 Podnětové proměnné.....	46
7.3.2 Proměnné v organismu a osobnosti klienta.....	47
7.3.3 Proměnné týkající se reakce.....	47
7.4 Charakteristika klinických zařízení se zřetelem k arteterapii.....	48
7.4.1 Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN.....	48
7.4.2 Rehabilitační klinika Malvazinky.....	51
7.4.3 Psychiatrická léčebna Bohnice.....	52
7.5 Sběr dat.....	55
7.6 Analýza dat.....	55
7.7 Výsledky.....	56
7.7.1 Realizace výzkumu.....	56
7.7.2 Popis dat a jejich interpretace ve vztahu k výzkumným otázkám.....	56
7.7.3 Techniky arteterapie využitelné ve fyzioterapeutické praxi.....	65
7.7.4 Souhrn výsledků.....	67
8. DISKUSE.....	68
8.1 Limity práce.....	68
8.2 Návrhy pro další výzkum.....	69
9. ZÁVĚR.....	70
10. SEZNAM LITERATURY.....	72
11. PŘÍLOHY.....	78
A) Struktura řazení a teoretické návaznosti pavilonů Psychiatrické léčebny Bohnice.....	78
B) Dotazníky pro sběr dat od zkoumaného výběru.....	79

1. ÚVOD

O nutnosti holistického přístupu k člověku (nejen) při terapii snad dnes již žádný erudovaný odborník nepochybuje. Praxe však bývá odlišná od teoretických východisek a přesvědčení. Pacienti bývají označováni jako „tepky, hemky“ apod., což je samo o sobě přijatelné v rámci diskrétního žargonu terapeutů. Důsledkem takového verbálního pojmenovávání však je i jisté předjímání přístupu k pacientovi, hodnocení jeho stavu a volby terapie zúžené na základní diagnózu, k čemuž jsou zdravotníci většinou od počátku trénováni. Jakmile je stanovena pracovní hypotéza a navrženo řešení, pátrající elán ustoupí uspokojujícímu pocitu zadostiučinění. Původně předběžný návrh řešení se stane trvalým a v průběhu času díky opakovanému výskytu „stejného“ problému, zůstane tím jediným.

Nejde však jen o celkový pohled na fyzický stav člověka, ale o zhodnocení všech aspektů jeho osobnosti, v níž hraje jednu z hlavních rolí i psychika. V poslední době dochází k zajímavému paradoxu. Současný stav a vývoj společnosti s sebou nese vysoké nároky na intelektuální schopnosti jedince, zatímco potřeba fyzické zdatnosti stále klesá se zaváděním moderních technologií a informačních sítí. Naproti tomu při terapii funkčních poruch je hlavním předmětem zájmu složka fyzická a psychické faktory jsou často opomíjeny. Přitom psychický faktor má při jejich vzniku přímý vliv, neboť vykonavatelem volní činnosti je právě pohybová soustava. Uvolnění, které doprovází stav relaxace, a napětí, které provází bolest, jsou zároveň jevy psychickými i fyzickými (Lewit, 2001).

V rámci této práce jsem se pokusila nahlédnout do reálného prostředí každodenní praxe a získat představu o jejím fungování. Konkrétně jsem se zaměřila na arteterapii, její teoretické podklady a možnosti využití v praxi, především v rámci rehabilitace. Zaměřila jsem se především na zařazení arteterapie do komplexní léčby pacientů s chronickou bolestí a otestováním její efektivity. Součástí práce je proto i popis mechanismů, které se podílejí na vzniku bolesti a možnostech intervence se zaměřením na psychosociální aspekty. Impulzem k výběru této metody byl můj dlouholetý zájem o teoretické i praktické aspekty výtvarného umění i arteterapie jako takové. Absolvovala jsem zatím dvouletý kurz arteterapie pod vedením PhDr. Jany Jebavé.

2. VÝZNAM A TEORETICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Sídlo psychických funkcí člověka je totožné s místem, které tvoří hlavní centrum i ve funkci fyzické složky, takže je nabíledni, že dochází k jejich vzájemné interakci. Již při samé motivaci a iniciaci motorického projevu sehrává důležitou úlohu limbický systém, který ovlivňuje jak pohybovou, tak psychickou složku chování. Ostatně již na první pohled lze z pohybového projevu člověka odhadnout jeho emoční ladění a psychický stav. Věle proto používá při klinickém vyšetřování namísto obvyklých termínů „pohyb, pohyblivost“ apod. spíše výraz „pohybové chování“, který zahrnuje hodnocení všech složek motorického projevu jedince (motivace, vnitřní prostředí, stav vědomí i podvědomí) (Věle, 1997, s.58).

Bolest, která je hlavním důvodem návštěvy pacientů v ordinacích lékařů i fyzioterapeutů, také vzniká za předpokladu současné existence dvou složek: organické (bolestivý podnět z poškozené tkáně), a psychické (interpretace podnětu v CNS). Vzniklou bolest zároveň můžeme ovlivnit právě buď pomocí organické nebo psychické složky (či obou současně), přičemž obě hrají stejně významnou úlohu (Poněšický, 2004, Vašina, 2002, Chromý, Honzák, 2005, Borenstein, 1995). Výrazný vliv psychické složky při vzniku (či potlačení) bolesti byl například opakovaně prokázán pokusy s efektem placebo v porovnání s účinnými farmaky (Věle, 1997, Křivohlavý, 1992). Psychoterapie by tedy měla být součástí komplexní léčby bolesti, především chronické (Price et al., 2001, Koopman, 2004). U každého jedince je však třeba citlivě zvolit její nejvhodnější formu. Fyzioterapie je „ozbrojenou psychoterapií“ (Věle, ústní sdělení). S tímto pojetím se osobně ztotožňuji a zastávám názor, že každý zdravotník by měl umět alespoň obecně, nespecificky, působit na psychickou složku osobnosti pacientů. Nejedná se ale o používání psychoterapeutických metod jako takových. K jejich provádění není fyzioterapeut oprávněn ani dostatečně vzdělán. Měl by však mít, stejně jako všichni pracovníci ve zdravotnictví, alespoň základní znalosti z psychologie a psychosomatiky a přehled o možnostech intervence a jejích formách, aby ve správné chvíli rozpoznal potřebu navázání spolupráce s příslušnými odborníky (Danzer, 2001).

V této práci se zabývám arteterapií, jakožto jednou z forem psychoterapie. Vybrala jsem si ji na základě mého dlouholetého osobního zájmu o tento obor a jeho praktické i teoretické souvislosti.

3. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Před započítím samotné práce je potřeba mít dostatek zdrojů informací a teoretické podklady o arteterapii a jejím využití.

Z teoretické části práce by měl čtenář získat základní představu o arteterapii, jejích formách a možnostech využití v praxi. Dále by mělo být přehledně zpracované téma chronické bolesti s důrazem na psychosociální složku.

Základním předpokladem pro splnění cílů praktické části práce je navázat kontakt s klinickým pracovištěm (nejlépe s více zařízeními pro možnost srovnání a získání obecnějšího přehledu) na takové úrovni, abych se mohla osobně účastnit arteterapeutických sezení, měla možnost konzultace s terapeuty a zároveň měla k dispozici prostor pro individuální práci s jednotlivými rehabilitanty.

Na základě zkušeností z praxe a teoretických podkladů zhodnotit průběh terapií na jednotlivých pracovištích. Zaměřit bych se měla jak na obecné a technické požadavky (vhodné prostředí, časová koordinace vyhovující většině účastníků, bezbariérový přístup, dostatek potřeb a materiálu), tak na specifické aspekty arteterapie (informovanost pacientů o formě a průběhu terapie, vhodné sestavení skupiny, schopnost vytvořit příjemnou tvůrčí atmosféru, využití různých druhů výtvarných technik, způsob vedení skupiny, případná interpretace výtvorů apod.).

Důležitým cílem práce bude zjistit, jaký přínos má tento druh terapie pro její účastníky, a to především rehabilitanty s chronickou bolestí různorodé etiologie. Dále zjistit, jaký je jejich osobní názor na arteterapii obecně, na její průběh na konkrétním pracovišti, popřípadě jaké změny, ať už v organizaci či v samotném průběhu terapie, by navrhovali.

Nalézt pojitka mezi fyzioterapií a arteterapií – zjistit, zda lze použít některé metody arteterapie při fyzioterapeutické intervenci a zda arteterapie může být určitou formou fyzioterapie. Navrhnout způsob spolupráce mezi těmito obory tak, aby byla terapie co nejkomplexnější a nejprínosnější pro rehabilitanty.

4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Stěžejní část této práce tvoří rešerše literatury komentovaná se zřetelem k dané problematice. Praktická část práce je koncipována jako pilotní průzkum reálných podmínek rehabilitační praxe. Cílem tedy není ověřit či vyvrátit nějaké hypotézy, ale pokusit se najít odpovědi na otázky a vytvořit si díky nim konkrétní představu o fungování klinické praxe se zaměřením na zařazení arteterapie do komprehenzivní rehabilitace.

- Je arteterapie v praxi přijímána jako plnohodnotná forma terapie?
- Probíhají terapeutická sezení ve vytipovaných zařízeních pravidelně a systematicky a v adekvátním prostředí?
- Jsou účastníci arteterapeutického sezení předem informováni o tom, jak bude terapie probíhat, co se od nich bude očekávat, co naopak sami mohou očekávat od ní?
- Jaký je názor probandů na psychosomatická onemocnění? Změnil se nějak po absolvování arteterapie?
- Z jakého teoretického základu a principu terapeuté vycházejí? Jak se jejich zaměření konkrétně promítá v praxi?
- Ovlivňuje vztah terapeut – rehabilitant průběh a efekt arteterapie?
- Do jaké míry jsou průběh terapie, její efekt a motivace rehabilitantů k pokračování v terapii ovlivňovány výběrem výtvarných technik?
- Působí arteterapie na zlepšení komunikačních a sociálních dovedností (rozvoj sebevnímání, fantazie, copingových strategií, zlepšení nálady, zvýšení motivace, navázání užších kontaktů a kooperace s ostatními apod.)?
- Má arteterapie pozitivní efekt při léčbě chronické bolesti?
- Převládají celkově pozitivní účinky nad případnými negativními?
- Vědí pacienti po ukončení terapie na koho se obrátit, pokud budou chtít v arteterapii pokračovat ambulantně?

- Funguje v praxi týmová spolupráce i na mezioborové úrovni, konkrétně mezi fyzioterapeuty a arteterapeuty?
- Lze využít některé techniky či prvky z arteterapie ve fyzioterapeutické praxi?

5. DOSAVADNÍ POZNATKY

S narůstajícím zájmem o arteterapii vzrůstá i počet literárních zdrojů, které se jí zabývají. Na českém trhu je k dostání několik monografií, které svým zaměřením vyhovují jako zdroje informací pro tuto práci. Jedná se vesměs o úvod do arteterapie a všeobecný přehled technik a možností jejich využití.

Za nejzdařilejší publikaci osobně považuji „Základy arteterapie“ od akademické sochařky a malířky Jaroslavy Šickové-Fabrice (2002). Přehledně je v ní uveden historický vývoj oboru, jeho teoretická východiska, specifika práce s různými skupinami osob doplněná o zajímavé kazuistiky. Vzhledem k osobnímu zaměření autorky je do detailu zpracovaná část věnovaná práci s hlinou.

Útlá publikace „Úvod do arteterapie“ od Jany Jebavé (1997) věnuje dosti velký prostor dějinám umění. Obsahuje také kapitoly filosofického rázu zabírající se tématy, jako jsou krása, smysl utrpení, kýč, prožitek z tvorby apod. Pokud bychom však hledali kapitoly z praktického využití popsaných technik, museli bychom sáhnout po jiném zdroji.

„Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi“ autorky Jean Campbell (2000) jsou naopak převážně sbírkou návodů jednotlivých arteterapeutických technik. Forma je velmi přehledná, podobná kuchaře pro začátečníky (výčet potřebných pomůcek a materiálu, časová náročnost, návod krok za krokem). Pro začátečníky však není příliš vhodná, jelikož nepostihuje podstatu technik, specifika práce s různými osobami apod. Hodí se spíše pro zkušené terapeuty, kteří uvítají nové nápady.

Obsáhlá publikace „Skupinová arteterapie“ od Mariann Liebmann (2005) je, jak je zřejmé již podle názvu, zaměřena na všechny aspekty skupinové terapie. Věnuje se jak jejím obecným základům a možnostem, tak konkrétním tipům pro vedení skupiny, výběr témat, strukturalizaci jednotlivých sezení apod. Zajímavým doplněním je i několik kazuistik a popisů konkrétních skupin.

Velmi zdařilá je i monografie „Obrazy v terapii, umění a náboženství“ od Ingrid Riedel (2002), která se do detailu zabývá symbolikou všech aspektů výtvarné tvorby – barev, prostorového uspořádání, vnitřní dynamiky díla. Její pochopení jistě napomáhá terapeutům při analýze i vnímání děl vytvořených nejen pacienty.

Filosofickými rozbory témat vztahujícím se k bolesti, tvořivosti, exprese, umění apod. se vyznačuje kniha „Krása a bolest“ od autorské dvojice Bohuslava Blažka a Jiřiny Olmrové (1985). Jelikož tento rozměr výtvarného tvoření a především arteterapie je také důležitý, člověk rád sáhne po takové publikaci a zamýšlí se nad vznesenými otázkami a tématy.

Autorky Věra Mišurcová a Marie Severová (1997) velmi pěkně zpracovaly období dětství ve vztahu k rozvoji uměleckých dovedností i potřeby esteticko-uměleckých zážitků vyvíjejícího se malého člověka v knize „Děti, hry a umění“. Je zde detailně rozebráno každé vývojové období dítěte v podstatě od narození až do 6. roku z hlediska rolí her, hudby, výtvarné činnosti s konkrétními radami a návody nejen pro psychology a další odborné pracovníky, ale také pro rodiče.

Cizojazyčná literatura skýtá další možnosti získávání informací z oboru arteterapie. Například „Advances in Art Therapy“ (Wadeson et.al, 1989) se zaměřuje na možnosti inovace starších metod jak praktických výtvarných, tak metodologie arteterapie jako takové. Věnuje se například možnostem práce s počítačem, videotechnikou apod.

Cílem publikace „Clinical Art Therapy“ (Landgarten, 1981) je celkový souhrn aspektů výtvarného umění, které se vztahují ke klinické praxi. Každá teoretická část je díky bohaté klinické zkušenosti doplněna o konkrétní příklady a kazuistiky.

Kniha „Tools of the trade; a therapist's guide to art therapy assessments“ (Brooke, 2004) je reakcí na stále se zlepšující spolupráci arteterapeutů s dalšími odborníky a tím i potřeby existence do jisté míry standardních metod pro diagnostické testování pacientů.

„Art therapy as witness; a sacred guide“ (Horovitz, 2005) je psaná čtivou formou vyprávění příběhů pacientů psychiatrického oddělení, kterým arteterapie nějakým způsobem vstoupila do života. Každá kapitola je uzavřena souhrnem poznatků a jejich možného využití při práci s dalšími pacienty.

Jako zdroje informací při zpracování tématu bolesti jsem využívala především specializované časopisy „Pain“ a jeho český ekvivalent „Bolest“, které se zabývají jednotlivými aspekty bolesti velmi detailně a seznamují čtenáře s nejnovějšími výzkumy na tomto poli. Velmi přínosným zdrojem však byly i časopisy jako „Psychiatrie“ nebo „Rehabilitace a fyzikální lékařství“.

Monografie „Bolest: Mechanismy a základy léčení“ autorky Denise Albe-Fessard (1998), je zaměřena především na fyziologii a neurofyziologii bolesti a možnostmi intervence především pomocí neurochirurgie a elektrické stimulace. Dále předkládá historický přehled výzkumu bolesti u zvířat i lidí.

Samozřejmě jsem nemohla opomenout sáhnout po díle R. Melzacka: „Pain Measurement and Assessment“ (1994) a „Handbook of Pain Assessment“ (1992), který je uznávaným neurofyziologem a jehož revoluční poznatky se staly základem pro další výzkum.

L.Trapková a V.Chvála (2004), uznávaní odborníci z řad psychologů a psychoterapeutů, vydali knihu „Rodinná terapie psychosomatických poruch“. Díky jejich dlouholeté klinické praxi a zkušeností s rodinnou terapií podpořené širokými teoretickými znalostmi, je to dílo velmi zdařilé a inspirativní. Pojednává jak o konkrétních teoriích, ze kterých psychosomatická medicína vychází (např. teorie sociální dělohy, hladového trojúhelníku apod.), tak o všeobecných psychosociálních souvislostech zdraví a nemoci, a to především v rodinném kruhu. Své poznatky a názory pak autoři doplňují kazuistikami pacientů, se kterými se osobně setkali v rámci své praxe. Některé názory a interpretace somatických potíží pacientů jsou dosti vyhraněné. Jakékoli onemocnění či poškození (včetně úrazů), připisují působení psychiky na lidský organismus. Ačkoli se s tím nemusí čtenář ztotožňovat, určitě to poslouží jako zdroj inspirace pro změnu způsobu myšlení nad somatickými jevy.

„Psychosomatika“ G. Danzera (2001) věnuje značnou část textu jednotlivým symptomům, syndromům a onemocněním z hlediska psychosomatiky, což je pro nezasvěcené čtenáře z řad široké veřejnosti či zdravotníků z jiných oborů možná

přehlednější a názornější, a tím lépe aplikovatelné v praxi. To s sebou na druhou stranu může nést nebezpeční generalizace a zjednodušování, ze kterého se původně čtenář mohl chtít vymanit.

Co se týče výzkumu zaměřeného na arteterapii, ať už v obecném pojetí či v souvislosti s léčbou chronické bolesti, nenašla jsem zatím žádný odkaz. Uvádím zde tedy několik odkazů na výzkum vlivu psychické složky osobnosti pacientů při vzniku a vývoji bolestivých stavů. Výzkumem, který je nejbližší mnou zvolené problematice, je níže uvedený experiment o účincích muzikoterapie při léčbě chronické bolesti. Na specializované klinice pro léčbu bolesti byl proveden experiment testující vliv hromadného zpívání na náladu, reakci na bolest a její vnímání, u pacientů s chronickou bolestí. Probandi absolvovali devět třicetiminutových pěveckých „seancí“, zatímco kontrolní skupina prováděla fyzická cvičení za poslechu hudby. Obě skupiny vyplňovaly dotazníky zjišťující jak krátkodobé výkyvy sledovaných parametrů, tak dlouhodobý účinek absolvované terapie, včetně odebrání dat ještě šest měsíců po skončení terapie. Členové obou skupin vykazovali prokazatelné zlepšení ve sledovaných parametrech, navzdory očekávání však nebyl mezi nimi významný rozdíl. To však mohlo být způsobeno několika faktory. Např. tím, že participanti byli vybráni z řad klientů kliniky, kde v době experimentu absolvovali intenzivní komplexní terapii zaměřenou na chronickou bolest. Pak je tedy těžké určit, která metoda měla jaký vliv na jejich stav. Dále bylo zjištěno, že ačkoli rozdělení do skupin bylo provedeno náhodným výběrem, probandi z „aktivně-zpívající“ skupiny měli nezanedbatelně horší výsledky testů před zahájením terapie, co se týče délky trvání a intenzity bolesti. Významnou roli tu tedy hrály interindividuální rozdíly, které při poměrně malém vzorku (20 probandů, z nichž však ještě část experiment nedokončila) (Kenny, Faunce, 2004).

Na obdobně zaměřené klinice v Santa Rose sledoval tým odborníků (Zablocki a spol, 2004) vliv skupinových sezení na chronickou bolest. Klienti se scházeli na pět hodin denně po dobu osmi až dvanácti týdnů. Během těchto lekcí získali komplexní přehled o vzniku bolesti, faktorech, které ji ovlivňují a způsobech jejího léčení (součástí programu byla například meditace, pohybová výchova, základy anatomie, výživy apod.). Každý den proběhla lekce zaměřená na rozvoj strategických dovedností pro boj

s bolestí. Každý klient před ostatními vyprávěl svůj příběh, snažil se o nalezení souvislostí mezi životními událostmi a mezníky a současným stavem, a vytvořili jakousi kroniku jejich vlastní bolesti. To vše jim mělo napomáhat k identifikaci faktorů, které způsobují zhoršení jejich stavu a zároveň nejúčinnějších způsobů mírnění bolesti (Zablocki, 2004). Zde bych za „nevýhodu“ opět považovala komplexní přístup k problému, což znesnadňuje určení vlivu jedné z aplikovaných metod. Ovšem sami klienti hodnotili právě tato skupinová sezení jako nejprínosnější. Pozitivní efekt pro pacienty zařazené do takto intenzivního programu vyžadujícího velký počet odborníků a finančních prostředků, je nasnadě. Plošně je bohužel tento způsob léčby nerealizovatelný.

Hope and Forshaw (1999) se snažili ukázat, že klasický medicínský pohled na problematiku a léčení chronické bolesti v některých případech nevede k přílišnému zlepšení stavu. Původ obtíží pak přisuzovali patologicky změněnému psychickému stavu probandů. Participantů byli zařazeni do skupin z psychologického hlediska 1. „normálních“, 2. „s tendencí k úzkostným stavům a depresivitě“, 3. „se známkami deprese a úzkosti“. Všichni byli léčeni pomocí fyzioterapie. Zatímco všichni „normální“ pacienti vykazovali značné zlepšení stavu, ze skupiny s tendencí k úzkostlivým stavům a depresivitě to bylo asi 80% a ze skupiny vykazující znaky deprese a úzkosti jen 29%. Psychický stav probandů měl tedy zásadní vliv na úspěšnost fyzioterapeutické intervence.

V Univerzitním lékařském centru ve Stanfordu v Kalifornii, došli v podstatě k podobnému závěru, tedy že klasický lékařský pohled a diagnostické i léčebné metody nejsou vždy relevantní. Snažili se zjistit, proč z velké skupiny lidí, kteří mají na MRI znatelné poškození meziobratlové destičky v bederní páteři, někteří nemají žádné potíže, zatímco u jiných je přítomná rozsáhlá klinická symptomatologie. Nejspolehlivějším ukazatelem a hlavním rozdílem mezi těmito dvěma skupinami se ukázal být opět psychický stav (kolektiv autorů, 2000).

Fritz a George (2002) a podobně i Verbunt a spol. (2003) vyšetřovali psychický stav u pacientů s akutní formou low back pain (bolest dolní části zad), kteří podstupovali fyzioterapeutickou léčbu. Testovali především obavy pacientů z opakovaného poškození při návratu k původní práci, které se také ukázaly jako nejspolehlivější ukazatel pro odhad délky pracovní neschopnosti a určení celkové

prognózy. Samozřejmě to podporuje úvahy o značném vlivu psychiky na stav pacientů s LBP. Ovšem to, že pacienti, kteří se obávají, že po návratu do práce začnou mít opět potíže, ukončí pracovní neschopnost po delší době „podle mého názoru, není příliš významný objev. Navíc v článku nebyla zmínka o tom, jestli se autoři při výzkumu zabývali i zjišťováním copingových strategií či maladaptivního chování probandů. Zajímavým výzkumem schopnosti volně ovlivnit vnímání bolesti pomocí biofeedbacku se zabýval R. Anderson. 44 pacientů s chronickou bolestí docházelo na pravidelná sezení (celkem 8), která zahrnovala kognitivní behaviorální terapii a elektromyografický biofeedback. Výsledkem bylo výrazné snížení intenzity bolesti a subjektivně hodnocené disability, stejně jako snížení depresivity, zatímco v kontrolní skupině (čekatelé na další etapu stejné terapie) nedošlo prakticky k žádným změnám. Při kontrolním měření 6 měsíců po skončení experimentu byly pozitivní výsledky stále prokazatelné, a to v míře srovnatelné s hodnotami bezprostředně po terapii (Anderson, 2005). Na tomto přístupu jsou, dle mého názoru, cenné právě dlouhodobé účinky.

Tým pracovníků v Univerzitním centru pro výzkum bolesti v USA sledoval vztah několika ukazatelů (např. rozsah pohybu, míru úzkosti a četnost provádění určitých úkonů, především těch, které pacientům v minulosti způsobily vznik bolesti) a způsobu, jakým se s bolestí vypořádávají. Lidé, kteří měli vypracovanou jakousi strategii, využívali formulky na zlehčení bolesti, vykazovali větší rozsah pohyblivosti, nižší napětí tkání, byli méně úzkostní a prováděli častěji „potenciálně nebezpečné“ aktivity. Na druhou stranu probandi, kteří se při bolestivém stavu spoléhali na modlení, doufali, že zase bude lépe či se zabývali úvahami nad dalším zhoršením stavu, měli výsledky opačné (McCracken, 1998). Vzhledem k tomu, že strategie řešení bolestivých stavů nesoucí pozitivní efekt se lze naučit, mohl by to být účinný způsob intervence při chronické bolesti.

Marina Unrod a spol. zkoumali vliv různých faktorů na percepci bolesti. Jedním z nich bylo kouření. Jelikož předchozí studie na toto téma přinesly rozporuplné výsledky, domnívali se, že vliv nikotinu na percepci bolesti bude spjat ještě s dalšími faktory. Například pozornost: nikotin umožňuje zaměření a udržení pozornosti na jednotlivé podněty a tím snižuje roztěkanost. Tím by mohl pomoci odvést pozornost od myšlenek na zdravotní obtíže, avšak studie prokázala tuto funkci pouze za předpokladu existence celkem silných podnětů působících na probandy (Unrod et al., 2004). To je

sice docela zajímavý nápad a experiment, ale i kdyby se prokázal pozitivní efekt nikotinu na redukci bolesti, radili bychom pacientům, aby začali kouřit ?

Dalším z faktorů, ovlivňujících vznik bolesti a reakci na ni, je pohlaví. Jeho vlivem se zabýval vědecký tým na Madisonské univerzitě ve Wisconsinu, USA. Předchozí studie zabývající se tímto tématem poskytly pouze rozporuplné výsledky, i když obecně bylo zjištěno, že ženy vykazují menší toleranci bolesti a nižší práh bolesti. Z fyziologického hlediska však pro to nebylo nalezeno vysvětlení. Todd Jackson a spol. přišli na to, že rozhodující není pohlaví samo o sobě, ale jiné vlastnosti jedinců, charakteristické pro to které pohlaví. Jedná se především o self-efficacy (u nás se ujal tento anglicismus), které je obecně vyšší u mužů a ve své tělesné podobě je dáno do jisté míry i výchovou (u chlapců se očekává statečné a tiché trpění bolesti, zatímco dívky „mohou“ své pocity projevovat, sdílet s ostatními a vyhledávat u nich útěchu) (Jackson, Iezzi, 2002).

Pozornosti vědeckých pracovníků neunikla ani problematika chronické bolesti u dětí školního věku. Při jednom z takových výzkumů byla data odebrána z velkého vzorku (1446 dětí) za použití dotazníků a diářů, kam si každé dítě zaznamenávalo vývoj svých potíží, používání a váhu školní brašny, typ prováděné tělesné aktivity, momentální náladu a psychický stav. Výsledky ukázaly na překvapivě malý význam fyzické aktivity, popř. inaktivity a váhu školní brašny. Nejuzší vztah našli mezi bolestí a emočními problémy, „nevysvětlitelnými“ bolestmi hlavy a břicha, únavou apod (Hawkins, 2003). Tyto potíže bývají obecně považovány za známky psychického přetížení. Sám autor však přiznává, že otázkou zůstává kauzalita ve vztahu výše popsaných potíží a bolesti : Objevuje se bolest v důsledku distresu, nebo je distres důsledkem bolesti? Chronickou bolestí u dětí a dospívajících se zabývali i tuziší vědci, kteří došli k podobnému závěru, totiž, že nejčastější potíže, vyskytující se spolu s chronickou bolestí, byly psychického rázu (Bejia 2004).

6. TEORETICKÁ ČÁST

6.1 ARTETERAPIE

6.1.1 VYMEZENÍ POJMU, ROZDĚLENÍ, CHARAKTERISTIKA

„Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním...“ (Šicková-Fabrice, 2002, str.30). Jaroslava Šicková-Fabrice, autorka vynikající publikace „Základy arteterapie“, uvádí přehled definic a vymezení arteterapie několika vlivnými autory. Jelikož značná část odborné literatury je prakticky nedostupná, dovoluji si převzít některé citace z její monografie.

Labáth (1993 in Šicková-Fabrice, 2002) označuje arteterapií výtvarné činnosti v terapeuticko-výchovném procesu v rámci různých oborů, včetně rehabilitace.

Joanidis (1973 in Šicková-Fabrice, 2002) považuje arteterapii za formu psychoterapie. S tímto pojetím se ztotožňuje i Hanus (1978) a dodává, že arteterapii lze využít i v rámci výchovy a sociální integrace.

Zicha (1981 in Šicková-Fabrice, 2002, s.31) definuje arteterapii (v jeho pojetí jde o „speciální výtvarnou výchovu“) jako užití psychologických a speciálněpedagogických prvků využívajících uměleckou činnost při léčbě poruch organismu.

Na užití umění ve výchovném procesu klade důraz i Slavík (2000 in Šicková-Fabrice, 2002, s.31). Pro tyto účely zavedl pojem „artefiletika“.

Někteří odborníci na poli rehabilitace chápou arteterapii jako formu ergoterapie, která využívá prostředky výtvarné výchovy (Pfeiffer, 2001).

Arteterapii lze obecně rozdělit na dvě formy:

1. Aktivní (Jebavá, 1997), resp. produktivní (Šicková-Fabrice, 2002), při nichž jsou používány jednotlivé techniky výtvarné (hudební, dramatické aj.) tvorby.
2. Pasivní (Jebavá, 1997), resp. receptivní (Šicková-Fabrice, 2002), které zahrnují např. návštěvy výstav, besedy, sběratelskou činnost apod. Ani zde však není činnost čistě pasivní, jelikož i při vnímání uměleckého díla dochází k aktivním procesům, které umožňují vznik emocí, vcítění se do umělceva záměru. K dosažení určitého cíle pasivní arteterapie by tedy mělo být použité dílo či námět besedy pečlivě vybráno arteterapeutem.

Umění je společensky chápáno z mnoha různých pohledů. Není pochyb o tom, že se výrazně podílí na formování celé společnosti a vytváření jejího kulturního a duševního majetku a dědictví (Campbell, 2000). Jeho pojetí však také prošlo určitým vývojem, který vedl ke vzniku několika konceptů v pojmání umělecké tvorby. Na konci 19. století zavedl V. Cousin pojem „l'art pour l'art“ (umění pro umění), který odmítal jakoukoli sekundární funkci umění ve sféře politické, sociální apod. Zároveň zahrnuje odpor k jakémukoli hodnocení uměleckých děl a jejich výkladu. V podstatě opačný přístup demonstroval v polovině 20. stol. sochař Siegfried Putz, který založil sociálně-uměleckou školu v duchu hesla „l'art pour l'homme“ (umění pro člověka). Propagoval využívání léčivých účinků umění na základě vlastních zkušeností ze speciálního dětského domova pro děti s poruchami chování, na které měl prokazatelně pozitivní vliv osobní kontakt dětí s jeho plastikami (Šicková-Fabrice, 2002).

Aplikovaným uměním využívaným k léčebným a terapeutickým účelům, je i arteterapie v dnešní podobě (Landgarten, 1981). Jedná se o určitou formu psychoterapie, jejíž aplikace má vliv na řadu aspektů lidské osobnosti, např. sociální integraci, sebevýchovu, rozvoj imaginativního vnímání reality, adaptabilitu (Šicková-Fabrice, 2002). Jednou z nejdůležitějších rolí umění je komunikace. Dříve, v době negramotnosti běžné populace, mělo svou nezastupitelnou narativní úlohu (například zobrazení biblických příběhů v prostorách sakrálních staveb apod.). Dodnes jsou běžně používané různé piktogramy a značky pro zjednodušení komunikace, odstranění jazykové bariéry atd.

Vytváření artefaktů lze pojmut, víceméně z filozofického hlediska, i jako (lidově řečeno) „skutek, který neutek“, neboli hmatatelný výtvar v dnešní době, která se vyznačuje přemírou reklamních slibů a politické agitace, které často nakonec nevyústí v opravdovou činnost či nepřináší slibovaný efekt.

Umění má zároveň schopnost napomáhat integraci, a to na několika úrovních. Podporuje jak biopsychosociální jednotu jedince díky tomu, že člověku poskytuje podmínky a prostor pro emocionální, intelektuální, smyslový, sociální i fyzický rozvoj (Campbell, 2000). Na interpersonální úrovni může hrát důležitou roli při utváření mezilidských vztahů a sociálních skupin. Příkladem mohou být významná díla národních umělců, která se stávají symbolem sounáležitosti, společného dědictví a národní hrdosti (například státní hymna, pomník apod.).

6.1.2 HISTORIE ARTETERAPIE

Ačkoli lidé využívají léčivých účinků umění již odnepaměti (více či méně bezděčně), arteterapie jako taková je oborem mladým. Průkopnice oboru Margaret Naumburgová použila v 1. polovině 20. st^l v USA výraz „arteterapie“ jako první. V roce 1940 se termín zabydlel i na evropské půdě.

Systematičtěji ale začala být umělecká tvorba používána při práci s psychiatrickými pacienty již od 18. století. Brzy se zjistilo, že výtvarný projev pacientů se stejnými poruchami vykazuje některé typické prvky a dokonce že vývoj v jejich tvorbě úzce souvisí s vývojem samotného onemocnění. Tyto poznatky se staly východiskem pro práci německého psychiatra Hanse Prinzhorna, který shromáždil během svého působení na psychiatrické klinice značné množství prací svých pacientů. Ačkoli za války byla podstatná část z nich zničena, zachráněné kusy se staly jádrem putovní výstavy, která posléze slavila úspěchy a přispěla k rozvoji arteterapie po celém světě.

Kromě již zmíněné Margaret Naumburgové se o rozvoj oboru zasloužily i další osobnosti. Francouzský malíř Jean Debuffet a jeho současníci Paul Klee a Paul Eluard propagovali tvorbu duševně nemocných a poukazovali na jeho vysokou uměleckou hodnotu. Edith Kramerová, původem Rakušanka, která emigrovala do USA, se věnovala především dětem. U potomků evropských válečných emigrantů pozorovala pozitivní vliv výtvarného umění při snaze posílit jejich sebevědomí a nalézt vlastní, současnými událostmi značně podlomenou, identitu. Významný vliv na rozvoj arteterapie měl i židovský emigrant žijící v USA Viktor Lowenfeld, který pracoval převážně se zrakově postiženými dětmi.

Z tohoto výčtu průkopníků oboru je zřejmé, že největší rozmach probíhal v USA. V dalších státech, především ve Velké Británii a Francii, však arteterapie také vzkvétala (Šicková-Fabrice, 2002).

6.1.3

POZICE A MOŽNOSTI ARTETERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE

Arteterapie skýtá velmi široké pole¹ využití. Jedná se mnohdy o efektivní léčbu osob s postižením mentálním, sociálním, tělesným, psychickým atd., a to všech věkových kategorií. Nejčastější je využití při diagnostice a léčbě duševních poruch a chorob různého charakteru. Své opodstatnění ale má i v rámci komplexní rehabilitační péče. Díky individuálnímu přístupu ke každému jedinci lze dosáhnout snížení psychických tenzí, zlepšení emočního vývoje a interpersonálních vztahů. Arteterapeut by měl být schopen nenásilně vést jedince při jeho výtvarném projevu, ukázat mu možnosti využití jednotlivých technik a především podpořit jeho tvůrčí myšlení a sebedůvěru při provádění netradičních aktivit (Mišurcová, Severová, 1997). Výtvarné umění slouží od počátků civilizace jako prostředek komunikace s přírodními silami, boje s chorobami a strachem ze smrti (Jebavá, 1997). Tento, až mystický význam výtvarné tvorby, nevymizel ani v dnešním pojetí umění. Celý lidský život lze přirovnat k umělecké hře a často se nachází mimo sféru racionality a praktického života. Pouhý rozum nestačí k pochopení půvabu a hodnoty života – k tomu je zapotřebí intuice, umělecké vnímání a hravost. Pokud člověk nemá prostor pro jejich uplatnění, jeho existence se stává monotónní, podobná stroji. Ztráta individuality pak znamená nebezpečí vzniku vážného onemocnění. Zdraví lze považovat za jakousi proměnnou, jež je závislá na individuální umělecké tvořivosti a hravosti (Danzer, 2001, Blažek, Olmrová, 1985).

V České Republice arteterapie dosud nemá jednoznačně vymezený profesní statut, neexistuje ani přesné vymezení oboru a zařazení arteterapeutů v rámci platových tarifů. Jelikož však arteterapie poslední dobou zaznamenává značný nárůst zájmu, je třeba co nejdříve určit pravidla pro vykonávání této profese a uchránit tak klienty i pověst samotné disciplíny před potenciálně nebezpečným působením laiků a šarlatánů (Šicková-Fabrice, 2002).

Na poli vzdělávání existují dvě hlavní linie. Jednou z nich je Ateliér arteterapie při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, který byl roku 1990 založen PhDr. Milanem Kyzourem (tzv. rožnovská arteterapie). Jedná se o vysokoškolské distanční studium intervenční arteterapie, probíhající formou studijně-výcvikové komunity o

víkendech po dobu tří roků (před rokem 2006 zde bylo studium koncipováno jako pětiletý psychoterapeutický výcvik). Intervenční, analytický způsob práce v arteterapii je založen na využívání metodických pokynů, kterými se terapeut snaží vést klienta ke změnám ve výtvarném projevu a tím i v chování (například při řešení krizových situací). Slovní analýza děl je v tomto přístupu stavěna nad samotný proces tvorby a výsledné dílo. Tím se blíží k dynamické psychoterapii s jejím kauzálním přístupem (internetové stránky Jihočeské univerzity; Šicková-Fabrice, 2002).

Druhou hlavní linii v akreditovaném vzdělávání arteterapeutů tvoří vysokoškolské kombinované studium v rámci katedry psychologie na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Jedná se o doplňující pedagogické studium realizované v rámci celoživotního vzdělávání určené pro absolventy středních škol, speciální pedagogy, vychovatele, výtvarníky, pracovníky tzv. pomáhajících profesí (např. fyzioterapeuty) apod. Dále je arteterapie součástí výuky na některých vyšších odborných školách (např. Vyšší sociálně-pedagogická škola v Praze) nebo fakultách (pedagogické, filozofické, teologické). V Praze také působí Česká arteterapeutická asociace, která se zabývá spoluprací terapeutů na národní i mezinárodní úrovni, organizací vzdělávání, rozvojem výzkumné a publikační činnosti apod. V roce 1998 byl v rámci této organizace otevřen pětiletý komunitní sebezkušenostní výcvik (Šicková-Fabrice, 2002).

Absolventi studia arteterapie nejsou oprávněni vykonávat jiné činnosti než pouze arteterapeutické. Při práci v zařízeních vzdělávacích, kulturních, rehabilitačních, preventivních (kriminalita, drogové závislosti apod.), psychiatrických a dalších, musí být pod dohledem příslušného odborníka (Šicková-Fabrice, 2002).

Narůstající zájem o arteterapii z řad pracovníků pomáhajících profesí i široké veřejnosti způsobil značné rozšíření nabídky různých kurzů a seminářů. Mezi dlouhodobější patří například dvouletý systematický kurz pořádaný pod záštitou České arteterapeutické asociace, tříleté distanční studium ve Středisku celoživotního vzdělávání učitelů. Na FTVS probíhají také pravidelné kurzy (dříve tříleté, dnes již jednoleté), v I.E.S. v Brně je možné absolvovat kurz v rozsahu 20 hodin, který je určen pracovníkům pomáhajících profesí. Mezi vyloženě krátkodobé informační či zážitkové semináře patří víkendové pobyty (např. na Akademii sociálního umění v Táboře, při

různých domech dětí a mládeže apod.). Bohužel se objevují i akce, které postrádají jakoukoli serióznost (Magické centrum ANKH apod.).

6.1.4 ZVLÁŠTNÍ VÝZNAM PRÁCE S HLÍNOU

Ze všech výtvarných technik, které se v arteterapii s úspěchem používají má práce s hlínou výjimečné postavení. Při práci s ní dochází k velmi těsnému kontaktu mezi tvůrcem a materiálem. Tento haptický vjem skýtá neuvěřitelně bohatou zkušenost.

V prvopočátcích lidské ontogeneze je taktilní vnímání hlavním zdrojem informací o okolním světě. Potřeba dítěte dotýkat se a být dotýkáno matkou (otcem) je tak silná, že u dětí z dětských domovů a kojeneckých ústavů, které trpí nedostatkem osobního kontaktu, dochází k poruchám psychomotorického vývoje (Mišurcová, Severová, 1997). Někteří autoři zvučných jmen, např. Aristotelés, Démokritos, Diderot, Pavlov a další, poukazovali na hlavní roli taktilně-kinestetických vjemů mezi všemi smyslovými vjemy člověka (a to nejen dítěte). Velký inspirátor našich obrozenců, J. G. Herder, v souladu s tímto tvrzením hlásal, že umělecká díla by se měla především hmatat. V. Lowenfeld hájil výtvořiny zrakově postižených osob, které byly dlouhou dobu podceňovány pro nesprávné proporce a další odchylky od reálného světa. Poukazoval na to, že zrková kontrola, která vede k vytvoření proporcionálně přesných a reálných děl, je důležitá pouze při reprodukci. Když se však jedná o tvorbu forem, situace je naprosto odlišná, neboť zde nastupuje tvořivý proces vycházející z tělových vjemů. (Blažek, Olmrová, 1986). I když má člověk zrak plně rozvinutý, zůstává v popředí potřeba vše si osahat. Potřeba fyzického kontaktu nás provází po celý život. Ačkoli dotek blízké osoby nemůže být ničím plnohodnotně nahrazen, modelování z hlíny může poskytnout alespoň částečnou kompenzaci dotekové deprivace, v dnešní době značně rozšířené.

Hlína poskytuje jedinci možnost vytvořit třídimenzionální objekty bez nutnosti znalosti speciálních technik či použití složitých nástrojů. Pro mnoho lidí, kteří se živí prací s počítači a relaxují sledováním televizoru, může být práce s hlínou téměř jedinou činností, která je navrací do reálného, třídimenzionálního světa (Šicková-Fabricei, 2002). Na kurzech keramiky, které jsem absolvovala, bylo možné pozorovat zvláštní euforii účastníků při vytvoření předmětů pro běžnou denní potřebu (hrnek, váza apod.), více

než z čistě dekorativních výtvorů. Přiřítám to radosti z návratu k původní lidské činnosti, která využívala přírodní materiály k výrobě všeho potřebného, bez nutnosti nákupu umělých surovin či hotových, průmyslově produkováných předmětů.

Manuální práce nutná k vytvoření objektu z hlíny je dalším pozitivním prvkem při užití modelování v rámci terapie. Kromě již zmíněného taktilního vjemu, který se liší v závislosti na druhu materiálu a způsobu jeho zpracování, takže zprostředkovává rozsáhlou škálu senzorických podnětů, lze procvičit motorické funkce (jemnou i hrubší motoriku), a to i cíleně. Je to umožněno neuvěřitelnou tvárností materiálu a nespočtem možností práce s ním. Ze všech výtvarných technik tak právě zde dochází k nejtěsnějšímu prolínání arteterapie s ergoterapií.

Při práci s hlínou lze také pozorovat vliv velmi silné, v naprosté většině případů pozitivní, emoční složky. Člověk tak vydrží při této činnosti poměrně dlouhou dobu, aniž by pocíťoval jakýkoli diskomfort. Zkušenosti arteterapeuté uvádí například zklidňující účinky modelování u hyperaktivních dětí, zlepšování schopnosti koncentrace, motivace k dokončení díla apod., které se pak přenáší i do chování v jiných životních situacích.

Modelování umožňuje i aplikaci řady psychoterapeutických prvků. Umožňuje například korekci výtvoru bez rušivých pozůstatků předchozího tvaru. Řadu lidí tím osvobozuje od svazujícího strachu, že jeden drobný nepodařený úkon zhatí konečný efekt celého díla (jako je tomu například v grafice, perokresbě apod.). Zároveň dochází opět k přenosu získané zkušenosti do běžného života – spousta věcí se dá napravit. Dalším prvkem dosažitelným díky modelování je regrese. Dříve prožité události a pocity, které je doprovázely, se mohou znovu zpracovat, popřípadě zničit. Pro některé jedince je zásadní i možnost učení. Kongenitálně nevidomí pomocí modelování snáze pochopí například pojmy popisující prostorové vztahy. Díky tomu samozřejmě dochází k nárůstu sebevědomí postižených jedinců (Šicková-Fabrice, 2002).

Hlínu lze využít také při práci s tělovým schématem a jeho poruchami. Pacient si při modelování své tělo přímo „prožije“ v reálném třídimenzionálním modelu. Úspěch arteterapeuté zaznamenávají dokonce i při práci s osobami s vadným držetím těla. Jedinci často vymodelují své tělo automaticky včetně svých nedostatků morfologických či funkčních. V návaznosti na fyzioterapeutickou intervenci pak pracují i se svým modelem a zaznamenávají na něm pozitivní změny (Šicková-Fabrice, 2002).

6.1.5 STRUKTURA ARTETERAPEUTICKÉHO SEZENÍ

Před započítím samotné terapie by mělo dojít k seznámení účastníka jak s terapeutem a dalšími pacienty, tak s metodou jako takovou. Pacient by měl vědět, jak přibližně budou setkání probíhat, co se od něj očekává či čeho by se měl naopak vyvarovat, aby nenarušoval průběh sezení. Terapeut by měl zjistit, zda má pacient nějaké speciální potřeby nebo handicap.

Jednotlivá setkání pak mohou mít různý průběh, který terapeut uzpůsobuje momentálním potřebám a okolnostem, ale většinou je schéma podobné: Pacienti jsou nejprve zasvěceni do procesu používané výtvarné techniky a je jim představeno téma, které budou zpracovávat. Následuje vlastní proces tvorby, který může probíhat různým způsobem podle školy a teoretického rámce, ze kterých terapeut vychází (blíže v kapitole „Pozice a možnosti arteterapie v České Republice“), či podle okolností (počet účastníků, používané výtvarné médium apod.). V závěrečné části setkání pak většinou probíhá diskuse či interpretace děl.

Co se týče délky trvání jednotlivých sezení, určující by měla být schopnost koncentrace a udržení motivace pacientů s ohledem na případné specifické potřeby. Celkový počet setkání potřebný k dosažení pozitivního efektu je značně individuální a závisí na typu poruchy, způsobu práce s pacienty apod. (Liebmann, 2005, Šicková-Fabrice, 2002).

6.2 BOLEST

6.2.1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA

Mezinárodní organizace pro výzkum bolesti (IASP) definuje bolest jako „...nepříjemný vjem a emocionální zážitek vztahující se k aktuálnímu či potenciálnímu poškození tkání, či popisovaný při takovém poškození...“ Bolest je subjektivní pocit odehrávající se v několika dimenzích, který je popisován velkým množstvím charakteristických parametrů. (Albe-Fessard, 1998, Merskey et al., 1986, in Křivohlavý, 1992).

Navzdory svému univerzálnímu pojetí se bolest spíše skládá z různých typů potíží, než aby byla ucelenou jednotkou. Vnímání bolesti může být subjektivně modifikováno zkušenostmi z minulosti a očekáváním do budoucnosti, takže při léčení bolesti je mnoho úsilí věnováno právě změně vnímání bolesti (McCracken at.al., 1998, Fritz, George, 2002).

Bolest má samozřejmě svůj účel. Varuje jedince před hrozícím poškozením tkání a startuje tak ústupovou reakci, jejímž cílem je takovému poškození zabránit. Bolest ale může přetrvávat i poté, co splnila svou funkci. V tom případě prohlubuje postižení a maří snahy o rehabilitaci. Přetrvávající spasmus vede k cirkulační nedostatečnosti, svalové atrofii, vzniku substitučních pohybových stereotypů a k vědomému či podvědomému chránění dané části těla. Chronická bolest se také sama o sobě může stát chorobným stavem. Ačkoli často neznáme jednoznačnou příčinu chronické bolesti, může vést až k invaliditě pacienta (Turk, 1987, Gatchel et.al., 1994). Z psychologického hlediska však bolest nemá výhradně negativní dopad. Může totiž napomáhat rozvoji osobnosti, především pak schopností vyrovnat se s kritickými situacemi různého charakteru. Způsob prožívání bolesti a reakce na ni přispívají k procesu sebepoznávání, poněvadž při tom hrají roli takové vlastnosti, jako schopnost racionálního náhledu, pokorného snášení utrpení, trpělivost apod. V některých systémech a životních filosofiích, např. v buddhismu, je bolest považována za hodnotu pozitivní, protože stimuluje rozvoj duševní síly a myšlení, které jsou nutné k jejímu překonání (Jebavá, 2000).

Výzkumy, prováděné v posledních letech, vedou k získávání nových poznatků o vzniku bolesti i možnostech jejího tlumení. Mnoho otázek však dosud zůstává nezodpovězeno. Dovedeme sice lépe vysvětlit mechanismy působení analgetických složek prostředků fyzikální terapie, či psychologické aspekty bolesti, nicméně nové fyzikální prostředky, jako například laser a mikroampérový elektrický stimulátor, či nové přístupy ke starším formám fyzikální terapie, např. transkutánní elektrické nervové stimulaci (TENS), ztěžují naši schopnost porozumět zranění a bolesti, protože ani mechanismy analgezie, spouštěné působením tepla či chladu ještě nebyly detailně popsány (Nadler et.al, 2003).

Regulace bolesti je velice důležitou součástí péče o pacienta. Terapeut má na výběr mnoho prostředků tisících bolest, z nichž by měl volit na základě důkladné znalosti fyzikálních vlastností a psychologických efektů jednotlivých prostředků. Tato práce má, mimo jiné, za cíl podat komplexní přehled o vzniku bolesti, jejího působení a některých možnostech jejího tlumení. Základní přehled o těchto mechanismech by měl být nedílnou součástí znalostí každého terapeuta.

6.2.2 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE BOLESTI

Od roku 1965, kdy R.Melzack a P.D.Wall formulovali vrátkovou teorii řízení bolesti v centrálním nervovém systému (zjednodušeně řečeno - při podráždění silně myelinizovaných nervových vláken nikdy bolest nevyvolává, naopak tlumí činnost vzruchové aktivity ze slabších nervových vláken vedoucí k bolesti), jsou nervové mechanismy bolesti studovány se zvýšeným zájmem po celém světě (Vyklícký, 1994). Bolest je smyslový vjem, který nás varuje před nebezpečím poškození tkání a mobilizuje organismus k odstranění podnětů, které by k němu mohly vést. To je fyziologický proces. Z patofyziologického hlediska lze bolest považovat za příznak choroby. Pokud se nám podaří příčinu objasnit, lze ji léčebným procesem více či méně odstranit. Pokud však bolest přetrvává i po odstranění její příčiny, je třeba uvažovat i o jiných mechanismech. Například je možné, že v nervových zakončeních kloubů či svalů může přetrvávat patologická aktivita. Také bylo prokázáno, že při dlouhodobém působení bolestivých podnětů může v centrální nervové soustavě dojít ke změnám,

kteřé jsou samy o sobě zdrojem bolesti (Vyklícký, 1994).

Vrátková teorie se Melzacka a Walla se opírala o výsledky pokusů na zvířatech, při nichž bylo zjištěno, že bolest vedou pouze slabě myelinizovaná vlákna A (kteřá se dále dělí podle klesajících průměrů na A-alfa, A-beta, A-gama, A-delta (Albe-Fessard, 1998), přičemž platí, že čím menší průměr vlákna, tím nižší rychlost vedení) a nemyelinizovanými vlákny C, jejichž rychlost vedení vzruchu je menší než 40m/s, zatímco silně myelinizovaná vlákna A bolest nikdy nevedou. Posléze se ukázalo, že tato silnější vlákna tlumí účinnost „bolestivé“ aktivity, způsobené vzruchy přivedenými do míchy slabšími dostředivými vlákny. K bolesti tedy dochází tehdy, převažuje-li výrazně aktivita v pomalých, slabších vláknech, nad aktivitou v rychle vedoucích vláknech skupiny A. Nejprve se předpokládala interakce jednotlivých vzruchů pouze na míšní úrovni, ale později bylo prokázáno, že k vrátkování nocicepční aktivity dochází na řadě úrovní CNS. Experimentálně prokázána byla například přítomnost interneuronů na samotné míšní úrovni, které se aktivují rychlými dostředivými vlákny a které tlumivě působí na neurony, z nichž vycházejí vzestupné míšní dráhy, jež přijímají podráždění z pomalých dostředivých vláken. V mozkovém kmeni jsou serotoninergní neurony, jejichž dlouhé výběžky působí tlumivě na úrovni míšních segmentů při přenosu vzruchů z pomalých dostředivých vláken (Albe-Fessard, 1998, Vyklícký, 1994).

Mozková kůra hraje při vnímání bolesti také velmi důležitou roli. Pokusy na zvířatech a zkušenosti z operací mozku člověka v bdělém stavu vedly ke zjištění, že bolest má korovou projekci projevující se vznikem potenciálů v senzické korové oblasti. Dále vědci přišli na to, že při elektrickém dráždění kůry předního mozku výrazně snižuje účinnost přenosu vzruchové aktivity z nervových vláken, která zásobují zubní dřev, z čehož vyplývá, že mozková kůra tlumí vnímání bolesti. Chronická bolest je z tohoto hlediska prozkoumána poněkud méně, jelikož získání vhodných subjektů pro experimenty a dlouhodobé měření je nepoměrně náročnější. Mozková kůra ani thalamus nemohou být považovány za centrum bolesti (Melzack, 1995, Vyklícký, 1994). Bylo pouze vypořádáno, že radikální operace na nervových strukturách (přetěti drah na různých úrovních), má často pouze dočasný analgetický účinek, protože po něm dochází k výrazným změnám funkční organizace nervových spojů a tím k obnovení vedení bolestivých vzruchů (Vyklícký, 1994).

Velmi záludná je problematika přetrvávajících bolestí po zjevném odstranění periferní příčiny nebo její (dodnes) neprokázané existenci – např. neuralgie trigeminu (morfologické změny v CNS nebyly doloženy ani nejlepšími technikami elektronové mikroskopie. To však ještě neznamená, že by nemohlo docházet ke změnám na úrovni bílkovinných struktur). Dalším příkladem jsou fantomové bolesti (nebo spíše fantomové pocity, jelikož se často nejedná o bolest v pravém slova smyslu). Objevují se na amputovaných končetinách, po kompletní transversální míšní lézi pod její úrovní, nebo končetinách, jejichž sensitivní nervová vlákna byla kompletně přerušena (Melzack, 1995, Pfeiffer, 2001). Pacienti je dokáží přesně lokalizovat do místa na chybějící části těla. Jelikož se objevují daleko častěji u pacientů, kteří před zákrokem trpěli bolestmi, můžeme se domnívat, že v CNS zůstává zachován jakýsi cytoarchitektonický plán, v jehož strukturách došlo k plazmatickým změnám (Vylický, 1994). To přivedlo vědce k předpokladu, že kromě fyziologických mechanismů přenášejících bolest a struktur, které se těchto drah účastní, se uplatňují do značné míry i psychologické procesy. Oblast mozku, která se účastní na procesu vzniku bolesti je značně rozsáhlá a dodnes není plně objasněno, jakým způsobem dochází k integraci těchto všech informací a vytvoření koherentního vjemu s jasným významem pro organismus (Melzack, 1995).

Výsledky těchto výzkumů vedly k formulování nových základních poznatků:

1. Jelikož odstraněnou část těla vnímá postižený člověk jako by byla stále přítomná, máme důvod se domnívat, že tělo ovládají stále tytéž neurální procesy v mozku. Ty jsou obvykle aktivovány a ovlivňovány aferencí z těla, ale mohou působit i bez tohoto inputu.
2. Všechny druhy pocitů, včetně bolesti, jsou vnímány aniž by docházelo k jakékoli aferentaci. Z toho lze soudit, že vzorce podmiňující tyto vjemy vychází ze sítě neuronů v mozku. Podněty tedy mohou spustit tyto vzorce, ale nemohou je vytvářet.

3. Tělo je vnímáno jako jednota v prostoru, ohraničená od okolního prostředí a odlišná od těl jiných lidí. Tento obraz je vytvářen procesy v centrálním nervovém systému a nemůže vzejít ani být ovlivněn z periferie nebo míchy.
4. Procesy v mozku, které vytváří výše zmíněný obraz o vlastním těle, jsou z velké části dány geneticky a pouze modifikovány životními zkušenostmi.

Tyto teze vytvořily základ pro nové pojetí nervového systému (Melzack, 1995).

6.2.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ SLOŽKA BOLESTI

Již od dob Aristotela a jeho následovníků je bolest považována za nepříjemný emoční zážitek, který je nedílnou součástí lidské duše. V rámci některých konceptů je bolest považována za afektivní zážitek, podobně jako například smutek, který signalizuje nutnost vyhnout se jeho spouštěcí příčině. Na přelomu 19. a 20. století se vedly rozsáhlé debaty o tom, zda je bolest emocí nebo vjemem. Tehdy dosti jednoznačně vyhrálo pojetí bolesti jako vjemu vycházejícího z poškozené tkáně (Craig, 1995). Ve 20. století byla provedena řada výzkumů, které nám pomohly objasnit biologické mechanismy bolesti, ponechávaje otázku role emočního napětí, strachu a stresu nezodpovězenou (Melzack, 1994). Od konce 20. století je však této oblasti znovu věnována zvýšená pozornost „díky“ celkem častým neúspěchům v léčbě bolestivých stavů při použití terapeutických technik založených čistě na biofyzikálním modelu bolesti (Rey, 1998). V posledních letech byly objasněny principy eferentních inhibičních a facilitačních mechanismů v CNS, které jasně prokazují roli afektivních a kognitivních procesů, které určují vliv a význam aferentních nociceptivních signálů (Craig, 1995). Podle R. Chapmana (1995) je emoce základním kamenem bolestivého prožitku a ne reakcí na něj.

6.2.3.1 VZNIK PSYCHOGENNÍ BOLESTI

Většina zdravotníků považuje bolest za nepříjemný vjem vycházející z poškozené tkáně a cestou nervové soustavy probíhající až do mozku, který nám ji zprostředkuje. Tento pohled je však značně zjednodušený, což vyplývá především z chybného názoru, že nocicepce je synonymem pro bolest. Ve skutečnosti je bolest procesem, který má svůj původ v mozku, kde vzniká většinou (ne však výhradně !), na základě specifické sensorické aference, která teprve ve vztahu k emocím a kognici způsobí vznik bolesti (McCrackem, Eccleston, 2005, Large, Strong, 1997). R.Chapman se dále domnívá, že výše popsany mechanismus je způsoben aktivací noradrenergických limbických struktur, které produkují afektivní složku bolesti. Celkový pohled na problematiku bolesti by se, podle něj, měl tedy posunout od čistě sensorického modelu k pohledu na bolest jako na dominantní percepční stav během a po poškození tkáně (Chapman, 1995).

Melzack, Turk, Casey a další autoři pojmají tuto problematiku o něco komplexněji. Základem jejich pojetí je náhled na procesy vztahující se k bolesti jako na souběžné a vzájemně propojené, nežli jako na procesy fungující na principech příčiny a důsledku. Navrhli model bolesti, který zahrnuje sensoricko-diskriminační, afektivně-motivační a evaluativní komponenty (Melzack, Turk, 1992).

Přesto, že dnes se toto komplexní pojetí bolestivých stavů dostává do povědomí zdravotníků, je často terapie zaměřena téměř výhradně biofyzikálně (Feldman, 2000). Lékaři totiž nejen že nemají dostatek času na podrobnější zkoumání psychosociálních vztahů daného jedince, ale mnohdy jim chybí i chuť a víra v úspěch odlišně zaměřené léčby. Pacient se rychle naučí, že lékař je ochoten naslouchat jeho popisu somatické bolesti a řešit ji, což přispívá k prohloubení somatizace bolesti psychické. Nemalý podíl však mají i sami pacienti a jejich mylné představy o psychologické intervenci a jejích možnostech (Craig, 1995, Poněšický, 2004, Hope, Forshaw, 1999).

Přesto, že úroveň poznatků o mechanismu vzniku a potažmo možnosti potlačit bolest je v dnešní době dosti vysoká, část pacientů zůstává bez adekvátní terapie nebo není léčena dostatečně (Di-Fabio, 1995). Na vině je, mimo jiné, nedostatečná trpělivost (ať už samotných pacientů nebo zdravotníků) v procesu hledání vhodných typů terapie.

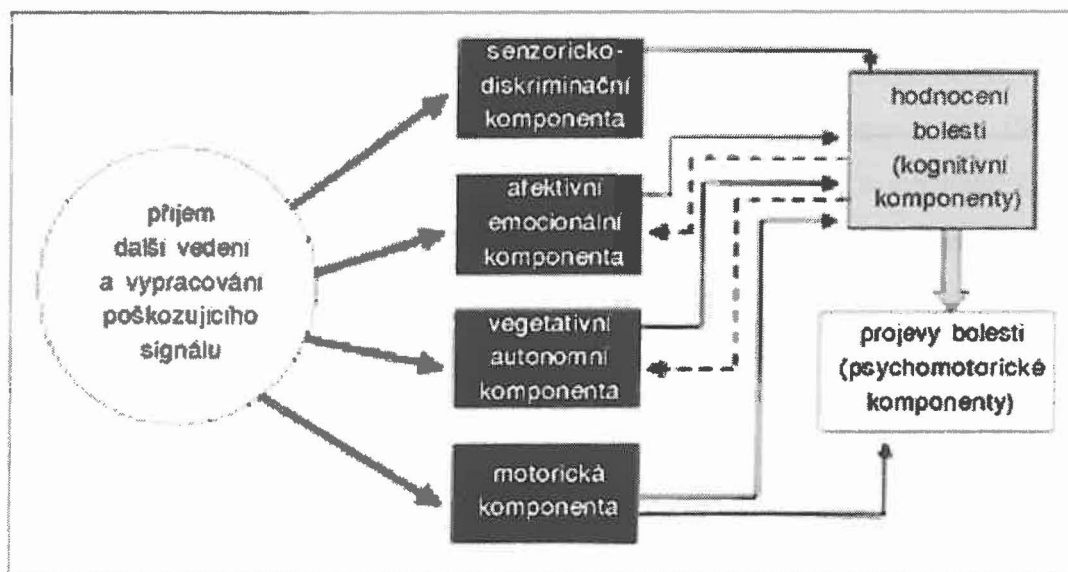
Dalším negativním aspektem je přejímání různých mýtů a vzájemné utvrzování se v jejich pravdivosti mezi osobami účastnicími se léčebného procesu (Honzák, 1994).

Nejproblematictější bývá léčení psychogenní bolesti, která sice byla popsána už ve starověku (psychogenní a organickou bolest rozlišoval již Avicenna), ale až v dnešní době dochází k postupnému objasňování jejích mechanismů (Rokyta, 1998). To, že v podstatě každá bolest má psychogenní složku, je obsaženo i v definici bolesti IASP (viz. úvodní odstavec kapitoly „Bolest“).

Bolest má čtyři složky (viz. obr.1):

- senzoricko diskriminační (vedená spinothalamickou a spinoretikulothalamickou dráhou)
- afektivní (tractus spinoparabrachialis amygdalaris nebo hypothalamici)
- vegetativní (především role sympatiku aktivovaného při bolestivém dráždění)
- motorickou (uskutečnění útěku či útoku)

U psychogenní bolesti je nejvíce vyjádřena složka afektivně emocionální (Rokyta, 2004).



Obr.č.1 Hlavní složky bolesti a jejich vzájemný vztah (Převzato z článku *Psychogenní bolest*, Rokyta, 2004)

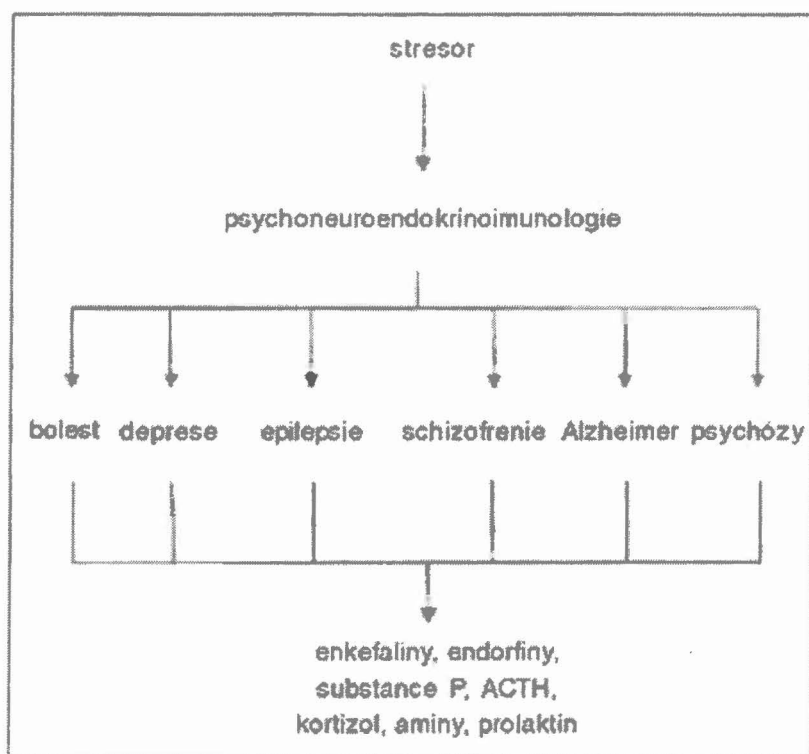
Psychologické pojetí bolesti je založeno na emoční bázi. Za negativních emočních stavů či při zvýšené úzkosti se bolest stává intenzivnější (Rainville, 2005, Craig, 1999). Při emočně intenzivních situacích však působí i mechanismy, které nás před silnou bolestí ochraňují. Jedná se především o vyplavování endogenních látek podobných morfinu (Rokyta, 2004).

Je potřeba zdůraznit několik možných úskalí při posuzování bolesti. Například že i organická bolest je doprovázena stavy, kterými se projevuje psychogenní bolest (strach, úzkost, deprese apod.), takže může snadno dojít k jejich záměně. Dále že stejně jako dochází k úniku do nemoci, může dojít i k úniku do bolesti, ať už vědomě či nevědomě. A také že ne každá chronická bolest nejasné etiologie je psychogenního charakteru, i když často se psychogenní bolest u chronické bolesti objevuje (Rokyta, 2004, Grabois, 2005).

Jediným objektivním kritériem při rozlišování organické a psychogenní bolesti je přítomnost organického poškození u první jmenované (Rokyta, 2004). Někteří autoři ale pokládají v podstatě jakékoli onemocnění, včetně úrazů, za psychosomatické. Vychází z tvrzení, že člověk se musí nacházet v určitém stavu vědomí a podvědomí, který umožní působení destruktivní události (Trapková, Chvála, 2004).

Almay et al. zjistili u pacientů s organickou bolestí nižší hladiny endorfinů než u pacientů s bolestí psychogenní. Jejich množství navíc bylo v úzkém vztahu s hloubkou depresivní symptomatologie. Protože přítomnost endorfinů je podmíněna centrálními procesy, byl prokázán jejich vliv při vzniku chronické bolesti (Almay et al., 1978). Psychogenní bolest vzniká především na úrovni limbického systému a mozkové kůry. To činí psychogenní bolest velmi obtížně diagnostikovatelnou. Lze však využít poznatků o jejím vztahu k depresi a diagnostikovat ji terapeuticky. V metaanalytických studiích bylo prokázáno, že antidepresiva snižují intenzitu bolesti u pacientů s psychogenní bolestí signifikantně výrazněji než placebo, a také než intenzitu bolesti organického původu (Rokyta, 2004).

Psychogenní bolest se vyskytuje i v rámci některých psychiatrických onemocnění a stavů, např. schizofrenie, hypochondrické neurózy, deliria apod. (Menges, 1983), což lze do jisté míry vysvětlit shodnými mechanismy působení stresorů na psychoneuroendokrinnologické reakce (viz. obr. 2) (Rokyta, 2004).



Obr.č.2 Společná dráha při vzniku bolesti a psychiatrických onemocnění (Převzato z článku *Psychogenní bolest*, Rokyta, 2004)

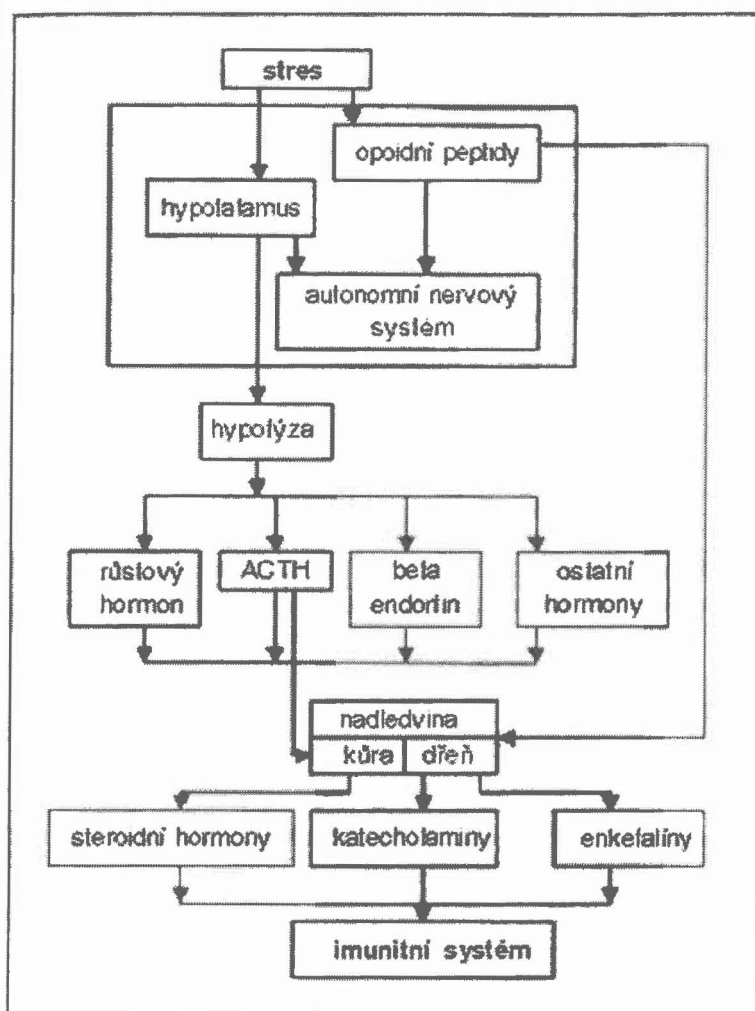
Skutečnost, která je v souladu s Malzackovým modelem komplexity bolesti (Melzack, Turk, 1992), je častý společný výskyt bolesti a deprese (DeVlieger, 2006) (přesněji řečeno depresivního syndromu – endogenní deprese v pravém slova smyslu se totiž u bolestivých stavů vyskytuje stejně často jako u normální populace). Pravděpodobnost, že člověk bude za svůj život trpět depresí (v otázce nomenklatury, definice a rozdělení deprese panují jisté nesrovnalosti, což působí potíže při jejím dalším zkoumání) se pohybuje mezi 20 a 30%. Je charakterizována smutnou náladou, ztrátou zájmu, větší změnou tělesné hmotnosti, poruchami spánku, ztrátou energie, pocity viny, nedůležitosti vlastní existence apod. Objevuje se buď jako monopolární porucha s periodickými depresivními stavy, nebo porucha bipolární se střídajícími se fázemi depresivními a manickými. V populaci trpí depresí 4x častěji ženy než muži s tím, že byl prokázán určitý vliv dědičnosti (Diener, 1995).

Deprese a bolest se mohou objevit buď simultánně, nebo jedna z nich ovlivňovat vznik druhé. Chronická bolest organického původu může vyústit v depresivní stav, stejně jako deprese může způsobit vznik chronické bolesti (DeVlieger, 2006). V obou případech vzniká predominantně somatická choroba s depresivní symptomatologií (Diener, 1995). Vzhledem k tomu, že biochemické i psychologické procesy při depresi i při bolesti vykazují značnou podobnost (např. vyšší hladina kortizolu v krvi, zkrácení REM fáze spánku atd.), není jejich úzký vztah nijak překvapující. Svou roli jistě hraje i vyšší vnímavost depresivních pacientů k bolestivým podnětům, které se někdy stávají až nesnesitelné. K tomuto stavu také může přispívat porucha copingových strategií při depresivních stavech (Large, Strong, 197, Adams et al., 1994, Diener, 1995).

Z uvedeného tedy vyplývá, že terapie chronické bolesti by vždy měla být komplexní. Kromě farmakologické léčby (účinná mohou být, díky výše uvedeným vztahům, například antidepresiva) a fyzioterapie také psychologická intervence (relaxační techniky, behaviorální terapie, kognitivní techniky atd.), a to vždy „na míru šitá“ každému pacientovi (Diener, 1995).

Úzký vztah mezi depresí a psychogenní bolestí prokázali ve své studii také Naidoo a Patel. Měli tři skupiny pacientů: s koronárním srdečním onemocněním, s psychogenní bolestí na levé straně hrudníku a kontrolní skupinu. Skupina s psychogenní levostrannou bolestí hrudníku, vykazovala daleko větší míru depresivity, než skupina s koronární srdeční nemocí a kontrolní skupina (Naidoo, Patel, 1993).

Na vzniku bolesti má také prokazatelný vliv psychický stres (přesněji řečeno distres). Realizuje se především hormonální cestou. ACTH působí hlavně na kůru nadledvin a tím na uvolňování steroidních hormonů. Opioidní peptidy, které se rovněž uvolňují při stresu, působí naopak na dřeň nadledvin, kde se uvolňují katecholaminy a enkefalin. Všechny tyto složky působí na imunitní systém. Z toho vyplývá, že u fenoménu psychogenní bolesti se účastní všechny řídicí systémy organismu – nervový, endokrinní a imunitní systém a určitě nastavba nervového systému – psychika. Na následujícím schématu je znázorněna dráha působení stresových hormonů na imunitní systém (Rokyta, 2004).



Obr.č.3 Schéma působení stresových hormonů na imunitní systém (Převzato z článku *Psychogenní bolest*, Rokyta, 2004)

Za emoční distres, který doprovází bolest i její anticipaci, jsou zodpovědné noradrenergní dráhy (locus coeruleus, dorzální noradrenergní svazek, ventrální noradrenergní svazek a hypotalamo-hypofýzo-adrenokortikální osa). Stejně dráhy se však účastní i při jiných, než bolestivých emočních stavech. To může být dalším pojítkem mezi emocemi a psychogenní bolestí. Přerušení dráhy mezi limbickým systémem a mozkovou kůrou (lokálními anestetiky, chirurgickou intervencí), vede ke snížení bolestivé percepce (Albe-Fessard, 2002). Tím pádem lze i psychogenní bolest ovlivnit farmakologicky či chirurgicky, což by však nemělo být metodou volby číslo jedna (Rokyta, 2004; Brom, Desmedt, 1995).

Se zřetelem k psychosomatice lze uvést dvě základní možnosti, jak vzniká onemocnění (a potažmo i bolest) v důsledku stresové situace. Buď okolí potenciálně nemocného přikládá v období zvýšené psychické zátěže neadekvátní důležitost banálním symptomům nemoci a tím je posiluje, nebo organismus v těchto situacích vytváří zvýšené množství symptomů a pokouší se tím nalézt východisko z náročné životní situace. Posledně jmenovaný mechanismus funguje již na buněčné úrovni, kdy buňka nalézající se v nebezpečném prostředí začne aktivně vytvářet „chyby“, například v přepisu genetických informací. Pokud se pozornost pacienta či jeho okolí zaměří izolovaně jen na přítomné symptomy, vzniklé za účelem oddálení řešení stresové situace, hrozí chronifikace nemoci (Chvála, Trapková, 2004).

Vzhledem k existenci výše popsaných mechanismů podílejících se na vzniku nemoci při distresu či klíčové životní situaci, se osvědčilo použití tzv. časové osy při sestavování anamnézy pacienta. Od běžného způsobu odebrání anamnézy se liší větším důrazem na psychosociální kontext uváděných příznaků a potíží. Každý člověk totiž stoná svým způsobem, ve svém prostředí, (více či méně) obklopen bližními, takže každá nemoc zapadá do životního příběhu pacienta. Největší význam mají samozřejmě vztahy rodinné a partnerské, dále pracovní a přátelské, přičemž pacient sám hodnotí, jaký význam měly jednotlivé události v jeho životě. Terapeut i sám pacient tak mohou získat představu o kontextu onemocnění, významu „náhodných“ událostí a způsobu pacientovy interpretace (Chvála, Trapková, 2004).

Ačkoli se v rámci této práce nezabývám problematikou dětské chronické bolesti, uvádím zde příklad, který dokazuje reálnou existenci psychogenní bolesti. Ze sledovaných dětí, které si stěžovaly na bolesti břicha, končetin a hrudníku, se 76% vyléčilo po psychoterapeutické intervenci. Příčinou potíží byl nejčastěji emoční distres způsobený partnerskými problémy rodičů. Dalším častým důvodem vzniku psychogenní bolesti byla časná emoční deprivace (Wall, 1999). Úzký vztah psychické zátěže a chronické bolesti u dětí prokázali i další autoři (Balague et al. 2003, Bejia, 2004, Hawkins, 2003, Watson, 2003).

6.2.3.2 LÉČBA PSYCHOGENNÍ BOLESTI

Metodou volby při managementu psychogenní bolesti je psychoterapie (Poněšický, 2004). Obecně lze účinné formy psychoterapie rozdělit na podpůrné, dynamické, skupinové a rodinné (Raudenská, Javůrková, 1999). Využívají se především relaxační metody (např. autogenní trénink, progresivní svalová relaxace), meditace, hypnoterapie, imaginativní techniky, psychoanalýza (Rokyta, 2004), biologická zpětná vazba (Anderson, 2005), imaginace, modifikace chování, modulace dolního prahu a tolerance bolesti, kognitivně-behaviorální techniky (Křivohlavý, 1992), které patří k nejúspěšnějším terapeutickým metodám u psychogenní bolesti (Turk, 1987), a další. Nedílnou součástí kognitivně behaviorální terapie je edukace, která je prováděna psychology, lékaři i zdravotními sestrami. Kognitivně behaviorální techniky a edukace jsou většinou zakomponovány do celostního programu léčby bolesti, který umožní v léčbě chronické bolesti jedinci větší pocit kontroly nad bolestí, snížení negativních emocí, redukci maladaptivního chování a zlepšení adaptivního chování (Raudenská, Javůrková, 1999). Jako plnohodnotný psychoterapeutický faktor působí i samotný psychoterapeutický vztah (Křivohlavý, 1992).

Psychogenní bolest je možné léčit i elektrickou stimulací (Danneels, 2001), především mozkové kůry, podobně jako je tomu při léčbě neuropatické bolesti. Další možností je neurochirurgické řešení, které je založeno na předpokladu, že se omezí vliv faktorů vyvolaných bolestivým drážděním na limbický systém. Drážděním motorické oblasti mozkové kůry se pravděpodobně zvýší produkce inhibičních neurotransmiterů, zejména GABA, které poté tlumí nejenom oblasti thalamu, ale i další části mozku (Melzack, Turk, 1992).

Důležitým pravidlem při léčení psychogenní bolesti je nevyvolávat v pacientech pocit, že jsou psychicky nenormální (Turk, 1987, Honzák, Strouhalová, 2000).

Podle Tunksa a Merskey (2001) je psychoterapie definována jako forma terapie psychických problémů a maladaptivního chování emocionálního původu, o jejichž modifikaci se terapeut pokouší tak, aby byly vytvořeny podmínky pro zdravý osobnostní vývoj. Podle Nocrosse a Prochasky (1999, in Javůrková, Raudenská, 1999) je psychoterapie odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních

postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů, jejíž cílem je pomoci pacientům změnit své chování, myšlení, osobnostní charakteristiky nebo emoce pro obě strany žádoucím směrem.

Psychoterapie je metodou komplexní, která je nejen zaměřena na zlepšení stavu psychického, ale také ovlivňuje funkce psychofyzilogické a psychosomatické (Honzák, Strouhalová 2000). Psychoterapii lze tedy s úspěchem použít při komplexní léčbě závažných somatických onemocnění (chronická bolest, nádorové onemocnění a další) (Danzer, 2001). Některé psychoterapeutické techniky jsou také vhodné k prevenci některých patologických stavů, jako například burn-out syndromu u pracovníků tzv. pomáhajících profesí (Raudenská, Javůrková, 1999), mezi které lze zařadit i fyzioterapeuty.

Jednotlivé metody a formy psychoterapie mají některé společné faktory určující úspěšnost léčby. Snad nejdůležitější roli hrají pacientovo očekávání a vztah pacient-terapeut. Pozitivní očekávání je jednou z nejdiskutovanějších nespecifických proměnných. Ačkoli vysoká míra očekávání působí prokazatelně pozitivně na účinnost léčby, nelze efektivitu terapie redukovat na tuto jedinou proměnnou (Raudenská, Javůrková, 1999).

Vztah mezi terapeutem a pacientem také výrazně ovlivňuje efekt psychoterapie. Člověk žije vždy v určitém vztahu k okolnímu světu, zejména k ostatním lidem. Této životní roli se lze jen těžko vyhnout. Zdravý člověk je však přirozeně otevřený, vnímá svět a vztahuje k němu svou existenci. Ve chvíli, kdy člověk radikálně omezí svou otevřenost vůči okolí, hrozí mu nebezpečí vážného onemocnění (Lowith, K. in Danzer, 2001). Vznik jakéhokoli vztahu s terapeutem má v podstatě léčebný efekt. Je-li tento vztah navíc založen na vzájemné důvěře, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti, je pravděpodobnější, že pacient najde odvahu k vyjádření svých emocí a omezení své uzavřenosti. Je prokázáno, že pozitivní fenomény jako humor, láska, naděje, důvěra, rozšiřují a prohlubují kontakt se světem, zatímco strach, hněv a nuda vedou k omezení kontaktů a k postupné izolaci člověka. Podobné stavy a nálady často předcházejí onemocněním (ať je již označujeme za psychosomatické či nikoli) nebo je doprovázejí. Špatnou náladu lze tedy pokládat za významný patogenetický faktor (Danzer, 2001). Nespecifičnost působení a nedostatečná objektivizace intervence se však mnohdy stává překážkou v přijetí psychoterapie jak lékaři, tak samotnými pacienty. Na mnohé

z nich působí pozitivněji spíše pocit, že jsou bráni vážně, nachází se pod kontrolou technicky dokonalých měřících a léčebných přístrojů a nástrojů (Brooke, 2004). Arteterapie, jakožto metoda poměrně mladá a bez zavedené pozice ve zdravotnickém systému, má z tohoto hlediska ještě horší postavení. Zajímavostí je, že všeobecně mediálně profanovaný názor, že technicistní medicína nahání lidem strach a utvrzuje je v názoru, že jejich onemocnění je velmi vážné, se s touto skutečností příliš neshoduje (Danzer, 2001).

Při práci s chronicky bolestivými pacienty je třeba brát v úvahu i další aspekty podílející se na konečném efektu terapie. Je to především potřeba vyššího stupně tolerance negativního postoje pacientů, kteří mohou být vyšetřováni a léčeni již po několikáté. Dále pacient s chronickou bolestí obvykle ztrácí jakoukoliv motivaci udělat cokoliv ke zlepšení bolesti a pokračovat v předchozích běžných aktivitách, což je maladaptivní proces. Pacienti odmítají zpočátku léčit udělat to, co vyžaduje pohyb nad rámec jejich činnosti, protože se obávají bolesti. Pomocí postupného, kontrolovaného zvyšování aktivity jim ale můžeme pomoci zbavit se takových obav (Raudenská, Javůrková, 1999).

Celou velkou kapitolu zaujímá vliv chronické bolesti na změnu vztahů pacienta a jeho rodiny či blízkých přátel. V mnoha případech začínají být pacienti s chronickou bolestí závislí na druhých, vyžadují od nich zvýšenou pozornost, snižují vlastní zodpovědnost. Role nemocného totiž zahrnuje určité úlevy, nemocný je zproštěn povinností a není považován za zodpovědného za svůj stav (Honzák, Strouhalová, 2000). Centrem pozornosti a téměř výlučným tématem k hovoru pacientů se stává bolest. Bolestivé chování se dramatizuje, připojuje se nadužívání léků a lékařské péče. U partnerů takových pacientů lze prokázat signifikantní zvýšení depresivity a úzkosti (Raudenská, Javůrková, 1999, Goubert et al., 2005). Při vzniku bolestivého chování a dalších patologických strategií hraje roli i druh onemocnění (Blyth, 2005). Historicky se ustálilo jisté neoficiální dělení nemocí na „čisté“ a „nečisté“, „pravé“ a „nepravé“. Tak byla onemocnění způsobená vnějšími, objektivizovatelnými patogeny, považována za čistá a pravá, zatímco nemoci způsobené vnitřními, neviditelnými a neměřitelnými příčinami za nečistý projev degenerace či za formu božího trestu za prohřešky proti morálce. V období třetí říše byli lidé s nečistými nemocemi dokonce programově vyhlazováni. V dnešní době se člověk s neobjektivní příčinou nemoci potýká

s takovými psychickými stavy, jako je zvýšená úzkost („lékař mi nevěří“, „mám tak závažné onemocnění, že ho lékaři nejsou schopni vyléčit“ apod.), sebeobviňování či hledání viníka na straně zdravotníků. Ty pak vedou ke vzniku patologických obranných mechanismů (Chvála, Trapková, 2004, Hope, Forshaw, 1999).

U pacientů, kteří trpí chronickou bolestí v rámci závažné choroby, je nutné se soustředit také na rozsah a formu podávaných informací o zdravotním stavu. Pacienta mohou velmi zneklidnit i zdánlivé maličkosti či obsah skrytý za neverbálním projevem terapeuta (Honzák, Strouhalová, 2000). Můžeme pacienta ujistit, že ho budeme vždy podporovat a že se na nás může kdykoli obrátit. Zde se však nachází tenký led mezi potřebnou mírou empatie, citlivým osobním přístupem ke každému jedinci a obětavostí v rámci úspěšné terapie, a stavem, který vyústí v burn-out syndrom s negativním dopadem na obou zúčastněných stranách.

6.2.3.3 SPECIFIKA SKUPINOVÉ TERAPIE

Při aplikaci arteterapie v praxi se většinou jedná o formu skupinové terapie, která oproti individuální práci s jednotlivými pacienty přináší řadu výhod. Již samotný pocit sounáležitosti a podpory od druhých má pozitivní vliv (Keel et al., 1998, Kenny, Faunce, 2004, Zablocki, 2004). Mezi další výhody práce ve skupině patří například:

- Možnost sebereflexe v konfrontaci s ostatními, využití zpětné vazby
- Vhodné prostředí k sociálnímu učení
- Určitá forma sociální integrace
- Možnosti nácviku určitých copingových strategií v rámci bezpečného kolektivu
- Podpora a pochopení od ostatních členů, zesílení motivace
- Úzkostlivější jedinci mohou přivítat snížení zodpovědnosti a demokratický způsob rozhodování.
- Ekonomické hledisko – jeden terapeut působí na více pacientů najednou

Na druhou stranu samozřejmě existují nevýhody (jak je z výčtu zřejmé, v některých bodech je velmi relativní, zda se projeví jako výhody nebo jako nevýhody), například:

- Obtížnější organizace samotné práce i zařazení do komplexního léčebného programu tak, aby to vyhovovalo všem
- Někteří pacienti se ostýchají před více lidmi hovořit o svých potížích a pocitech.
- Jednotlivým členům skupiny se nemůže dostat tolik pozornosti jako při individuální práci.
- Pacienti se mohou snadno vyhnout rozboru nepříjemných témat, který by však pro ně mohl mít přínos.

Z výše uvedeného vyplývá, že spíše než specifickou léčbou jednotlivých poruch, se terapeuté při vedení skupiny zabývají ovlivněním sociálních vztahů, interpersonální komunikace, sebepoznáním jednotlivých členů a jejich rolí při interakci s ostatními apod. Pomocí výtvarného umění, které usnadňuje komunikaci, rozvíjí fantazii, podporuje hravost a pomáhá v kontaktu s podvědomím, zbavuje člověka tíživého pocitu, že je středem pozornosti on sám apod., lze těchto cílů dosáhnout mnohem snadněji (Liebmann, 2005; Raudenská, Javůrková, 1999).

Vzhledem k tomu, že fyzioterapeuté často spolupracují s arteterapeuty a doporučují jim na terapie jednotlivé pacienty, uvádím zde základní pravidla pro sestavování a vedení skupiny. Fyzioterapeuté by také mohli využít možnosti ovlivnění specifických faktorů v osobnosti pacienta, kterého lze dosáhnout při skupinové psychoterapii, a pracovat s ním pak dále při fyzioterapeutické intervenci.

Abychom měli možnost vytěžit ze skupinové terapie maximum pozitivních vlivů, měli bychom splňovat několik požadavků. Co se týče počtu pacientů, většina autorů se shoduje přibližně na 4 – 12, mužů i žen, kteří se schází 1-2 x týdně na 1-2 hodiny (Liebmann, 2005, Raudenská, Javůrková, 1999, Kratochvíl, 1997). Pacienti s chronickou bolestí by neměli být zařazeni do jedné skupiny s psychiatrickými pacienty, samostatnou skupinu by měli tvořit pacienti onkologičtí. Skupinová psychoterapie je kontraindikována u pacientů s asociálními nebo s hraničně osobnostními rysy. Každý pacient by před zařazením do skupiny měl projít psychologickým vyšetřením a měl by být poučen o zásadách chování při sezeních

(dochvilnost, minimalizace projevů bolestivého chování, spolupráce apod.) (Raudenská, Javůrková, 1999). Aby bylo možné uplatnit ve skupině terapeutické úkoly interpersonální psychoterapie je potřeba splnit několik dalších požadavků:

- Jednotliví členové mají možnost udržovat oční i slovní kontakt se všemi ostatními.
- Skupina má tvořit model přirozených skupin, ve kterých se pacient běžně pohybuje tak, aby mohl uplatnit co největší množství svých charakteristických vzorců chování. Zároveň má být situace v modelové skupině přehlednější.
- Skupina má být tak dynamická, aby každý člen mohl zaujímat různé role. To se týká i terapeutů.
- Každý člen má možnost zapojit se do diskuse.
- Terapeuté by měli být schopni podpořit dynamiku skupiny, tvůrčí atmosféru.

(Liebmann, 2005, Kratochvíl, 1997).

Podle mé osobní zkušenosti je také velmi důležité ujistit pacienty, že jejich díla nebudou hodnocena po stránce výtvarné a že neexistuje žádný správný způsob ztvárnění zadaného tématu (mnozí z nich si totiž jinak vzpomenu na často stresující hodiny výtvarné výchovy na základní škole).

Fyzioterapeuté by měli mít představu o tom, jak probíhá arteterapeutické sezení, kterého se účastní „jejich“ pacienti. Doporučila bych proto uspořádání ukázkového sezení, kterého se v roli pacientů zúčastní sami fyzioterapeuté. V ideálním případě by nemuselo zůstat pouze u ukázkové hodiny. Příslušníkům tzv. pomáhajících profesí, mezi které lze řadit i rehabilitační pracovníky, může arteterapie pomoci při prevenci tzv. syndromu vyhoření. Umožňuje relaxaci, ventilaci napětí, posílení obranných mechanismů organismu pomocí výtvarné reflexe (Šicková-Fabrice, 2002).

7. PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 VÝZKUMNÉ METODY

Výzkum realizovaný v rámci této práce je sondou do reálného prostředí, ve kterém se arteterapie využívá. Jedná se o výzkum kvalitativní, který produkuje deskriptivní data pomocí zúčastněného pozorování a nestandardizovaného rozhovoru. Kostra pro tyto rozhovory (viz. příloha A) byla sestavena pro účely této práce, jelikož existující dotazníky a další pomůcky pro sběr dat nevyhovovaly našim potřebám. Probandi se účastnili výzkumu dobrovolně za ujištění, že získané informace jsou diskrétní a nebude s nimi seznámen ani terapeut. Při zveřejnění práce pak nebudou uvedena jména ani jiné osobní údaje rehabilitantů.

Zúčastněné pozorování bylo zvoleno jako nejvhodnější metoda pro získávání dat z průběhu jednotlivých arteterapeutických sezení. Měla jsem tak možnost zapojit se do všech činností zkoumaného vzorku v jejich obvyklém prostředí bez narušení průběhu terapie výzkumným aktem. Předmětem pozorování byli jevy charakterizující jak pozici arteterapie v rámci komprehenzivní rehabilitace na daném pracovišti, tak jednotlivé aspekty samotného arteterapeutického sezení (viz. Příloha B).

Velmi přínosným zdrojem informací byly i rozhovory s terapeuty mimo arteterapeutická sezení. Díky těmto konzultacím bylo možné doplnit si data získaná vlastním pozorováním o zkušenosti terapeutů z jejich dlouholeté praxe s rehabilitanty s různými diagnózami. Zároveň jsem díky nim získala lepší představu o pozici arteterapie na pracovišti a fungování multidisciplinárního týmu.

7.2 PLÁN VÝZKUMU

Podkladem celé práce včetně praktické části je rešerše literatury, která byla doplňována i během práce podle aktuálních potřeb.

Jedná se o pilotní kvalitativní výzkum, který byl realizován během 14 týdnů na třech klinických pracovištích, se kterými jsem podepsala smlouvy o plnění odborné stáže – Klinice rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice (dále jen Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF a VFN), Rehabilitační klinice Malvazinky a v Psychiatrické léčebně Bohnice. Osobně jsem se účastnila pravidelných arteterapeutických sezení, během nichž probíhalo pozorování.

Rehabilitanti, kteří docházeli na arteterapeutická sezení tvořili výzkumný vzorek, takže se jedná o nereprezentativní výběr lidí dostupných v daném časovém období v daném místě, ochotných ke splupraci. S každým probandem jsem se setkala ještě osobně před zahájením a po skončení cyklu arteterapie a udělala s ním rozhovor podle vytvořené kostry. Určité modifikace původního plánu musely být z administrativních důvodů provedeny v Psychiatrické léčebně Bohnice, kde mi byly povoleny pouze dvě účasti na arteterapeutických sezeních, na „komunitě“ (bude blíže popsáno v kapitole „Charakteristika klinických zařízení se zřetelem k arteterapii“) a na lékařském konziliu. Probandi, se kterými jsem zde udělala interview byli v léčebně již delší dobu a měli za sebou různý počet arteterapeutických sezení. Otázky, které jsem pokládala ostatním probandům před zahájením terapie proto byly formulovány spíše retrospektivně.

Při psychologickém výzkumu vstupuje do hry řada nezávislých proměnných. Jelikož se však nejedná o kvantitativní výzkum s testováním vlivu jednotlivých proměnných na výsledek terapie ani detailní rozbor jednotlivých aspektů arteterapie, nebylo potřeba tyto faktory regulovat či eliminovat. Pro úplnost uvádím základní proměnné ovlivňující výsledek terapie v následující kapitole.

7.3 PROMĚNNÉ OVLIVŇUJÍCÍ NÁŠ VÝZKUM

Proměnné se v experimentální psychologii rozdělují podle klasického schématu S-O-R (podnět-organismus (osobnost)-reakce), na proměnné podnětové, proměnné v osobnosti a proměnné v reakci.

7.3.1 PODNĚTOVÉ PROMĚNNÉ

V psychoterapii jsou základní podnětové proměnné dvě: psychoterapeutická metoda a psychoterapeut. Při výzkumu je snaha zjistit, jaké jednotlivé faktory v rámci psychoterapeutické metody působí a jak. Toho lze dosáhnout jedině systematickým měněním působících podnětových složek. V praxi by však takový experiment vyžadoval rozsáhlý program s účastí značného počtu terapeutů a zkoumaného výběru, který by musel být koordinován zkušeným týmem psychoterapeutů. Jelikož realizace takového projektu je z mé pozice nerealizovatelná, využila jsem poněkud zjednodušenou formu takového výzkumu. Porovnávala jsem působení vždy celého komplexu faktorů v podnětových proměnných a pokusila se o zhodnocení jejich významu pomocí pozorování a cílených otázek pokládaných jednotlivým osobám ze zkoumaného výběru. Z tohoto důvodu také nebylo možné sestavit kontrolní skupinu, protože bychom neměli přesně definovaný faktor podnětové proměnné, který by v léčbě jejích členů musel chybět.

Terapeut, jakožto představitel druhé hlavní podnětové proměnné, působí na průběh a výsledek terapie několika faktory. Význam může mít jeho hodnotový systém, věk, pohlaví, charakterové vlastnosti, temperament, zralost osobnosti, způsob řeči, teoretické základy jeho terapeutického působení atd. Za nejvýznamnější vlastnosti jsou však považovány empatie, vřelost a opravdovost.

Vztah terapeut-klient je někdy považován za samostatnou proměnnou (která jistě ovlivňuje průběh nejen psychoterapie, ale i všech ostatních forem terapie včetně fyzioterapeutické intervence). Zde hraje roli především vzájemná sympatie či antipatie, podobnost mezi pacientem a terapeutem, přitažlivost terapeuta pro pacienta, zajištění podmínek pro rozvinutí výše zmíněných základních ukazatelů pozitivně působícího vztahu terapeut-pacient, empatie, vřelosti a opravdovosti.

Značný význam má, jak již bylo uvedeno, práce ve skupině se všemi jejími pozitivy i negativy, které byly uvedeny v teoretické části práce.

(Kratochvíl, 1997, Svoboda, 1992, Ferjenčík, 2000).

7.3.2 PROMĚNNÉ V ORGANISMU A OSOBNOSTI KLIENTA

Každý člověk reaguje na působení stejných podnětů rozdílně. Je to dáno jednak věkem, pohlavím, odolností nervové soustavy vůči zátěži a dalšími biologickými ukazateli, jednak osobnostními rysy. Mezi ty patří například temperament, postoje a způsoby chování, životní styl, v některých případech také onemocnění, jeho druh a délka trvání. Významná je i celková sympatičnost a přitažlivost pacienta, která má vliv na utváření vztahu s terapeutem. Uplatňují se zde také motivační faktory jak všeobecné (aktivní snaha pacienta o zlepšení stavu versus druhotný zisk z nemoci), tak specifické (vztah k danému druhu terapie, očekávání zlepšení konkrétního symptomu). Vyloučení vlivu těchto proměnných na výsledky výzkumu lze do jisté míry dosáhnout použitím obsáhlého výzkumného vzorku v dlouhodobém výzkumu.

7.3.3 PROMĚNNÉ TÝKAJÍCÍ SE REAKCE

Očekávanou reakcí na zkoumaný druh terapie je obvykle zlepšení stavu nemocného. Otázkou však je, co považujeme za zlepšení stavu – vymizení příznaků, zlepšení sociálních dovedností, změnu postojů. Aby bylo možné hodnotit přesně to, co výzkumník potřebuje, osvědčuje se použití měřících metod vytvořených pro účely jednotlivých výzkumů.

(Kratochvíl, 1997, Svoboda, 1992, Ferjenčík, 2000).

7.4 CHARAKTERISTIKA KLINICKÝCH ZAŘÍZENÍ SE ZŘETELEM K ARTETERAPII

7.4.1 KLINIKA REHABILITAČNÍHO LÉKAŘSTVÍ 1. LF A VFN

Na skupinovou arteterapii zde dochází rehabilitanti z denního stacionáře, kteří se léčí nejčastěji kvůli poškození mozku různé etiologie (cévní mozková příhoda, úraz, nádor, aneurysma), výjimečně i lidé s dětskou mozkovou obrnou či dalšími onemocněními. Dysfunkce pohybového ústrojí je tedy často kombinovaná s poškozením psychických a mentálních funkcí. Účastníci jsou různého věku a pohlaví, s různým typem postižení, a ve skupině jich bývá 8-10. Podmínkou je však taková míra samostatnosti, která umožňuje neasistovaný přesun a jistou spolehlivost. Kromě lidí z denního stacionáře pravidelně docházely na terapii dvě rehabilitantky ambulantně. Schází se v přízemí budovy, v prostoru kuchyňky. Bezbariérový přístup je zajištěn jednak výtahem z vyšších pater, jednak nájezdovou rampou od hlavního vchodu. Jednou z pravidelných dlouhodobých účastnic je dívka s těžkou formou dětské mozkové obrny. Na kliniku ji doprovází matka, která se však neúčastní sezení, takže po celou dobu terapie je rehabilitantka odkázána na osobní asistenci terapeutky.

Metodické vedení terapie je založeno na principech tzv. rožnovské arteterapie, kdy je klient veden ke změnám ve výtvarném projevu, které mohou posléze přispět ke změnám v chování, které k původnímu projevu vedlo. Například jeden z rehabilitantů při malbě používal výhradně krátké tahy štětcem, omezenou barevnou škálu a jeho výtvarům chyběla jakákoli dynamika. Z těchto opakujících se jevů v tvorbě lze usuzovat na značně snížené sebevědomí a vlastní izolaci od okolí. Terapeutka vedla rehabilitanta metodickými pokyny k využití celé plochy papíru, širšího barevného spektra, delších tahů štětcem, což vedlo k větší otevřenosti, zlepšení sebepojetí a zvýšení sebevědomí. Někteří účastníci však neustálé „napomínání“ ke změně svého výtvarného projevu vnímají dosti negativně. Interpretace výtvarů probíhá na konci sezení systémem „na každého přijde řada“. Vzhledem k časovému omezení a relativně vysokému počtu účastníků tak na každého zbývá řádově několik minut, ve kterých každý seznámí ostatní pouze povrchově se svými pocity a myšlenkami. Terapeutka se však záměrně nesnaží tento fakt změnit. Podle ní, pokud by se totiž rehabilitant dostal k hlubšímu rozboru svých potíží, nebyl by čas je uspokojivě dořešit a on by se svým

odhaleným, probuzeným problémem odešel. Navíc zdejší uspořádání otevřené skupiny (složení se každý týden mění) nevytváří podmínky pro fungování klasické psychoterapeutické skupiny.

Při interpretaci děl vychází terapeutka z analytické školy. Vyhledává v nich symboliku konkrétních potíží a poruch. Například bubák opakovaně se vyskytující v dílech jedné rehabilitantky představoval týrajícího manžela. Narušená perspektiva jakoby ubíhající doleva se často vyskytuje u alkoholiků (snad symbol šikmé plochy, na které se v životě nachází). Mladí muži, kteří se kvůli svému zdravotnímu stavu náhle stanou závislými na pomoci druhých často ztvárňují heroické motivy (rytíř, bojovník apod.). Zajímavé je například opakování postavy prince Bajajy u pacientů s afázií. Zřejmě se s ním snadno dokáží ztotožnit díky společné vadě řeči. Celou studnici symbolů jsou pak barvy, jejich zastoupení, intenzita, kombinace, použití atd.

Na začátku každého setkání je proveden „puntíkový test“ vycházející z analytické školy arteterapie. Všichni zúčastnění mají za úkol nakreslit na papír pět puntíků do tvaru, který známe z hráčských kostek a k tomu připojit svůj podpis a aktuální datum. Mohou volit libovolné barvy a velikost puntíků. Schopnost dodržet určené uspořádání, volba barev, styl kresby i schopnost napsat správné datum a další ukazatelé pak slouží k rychlé diagnostice základních schopností autora (orientace v čase, kompoziční dovednost), jeho ladění, či některých osobnostních charakteristik.

Nejčastěji užívanými výtvarnými technikami jsou pak akvarel, koláž a tzv. akční akvarel. Při něm se na provlhlý papír maluje vodovými barvami – v praxi kvůli finanční dostupnosti nahrazují barvy akvarelové – takže vzniká zajímavý efekt rozpíjení barev. Voda má také smýt vše, co je přebytečné – neuroticky navrstvené barvy, které zakrývají podstatu díla. Nakonec se ještě pod slabým proudem vody malba „vymývá“, čímž se ještě zdůrazní prvek náhodnosti. Terapeutka se snaží přimět rehabilitanty k vytvoření kompozičně i barevně vyváženého artefaktu, takže opět instruuje jednotlivé účastníky při každém kroku (jaké barvy mají použít, jak moc mají nechat obraz vymýt apod.) Hotový výtvar je vhodným materiálem k analýze asociací, abstraktních představ, imaginaci apod.

Témata prací jsou volena tak, aby bylo snadnější vystopovat v artefaktech vývoj stavu každého pacienta i v krátkém časovém úseku. Z tohoto důvodu se často opakují,

nebo jsou si podobná. Často se týkají rodiny a vztahů mezi jejími členy, vlastní osoby apod.). Na poslední setkání v rámci pobytu každého rehabilitanta přinese terapeutka všechny jeho výtvary, o nichž pak všichni společně diskutují. Většinu artefaktů si terapeutka archivuje.

Já jsem se zařadila mezi ostatní účastníky sezení a vykonávala s nimi všechny činnosti včetně interpretace.

Arteterapie zde tvoří plnohodnotnou součást komplexní léčby. Někdy je zde využívána jako ergoterapie s vysokou motivační složkou, ale většinou je využívána pro specifické účely, kterých při ergoterapii nelze dosáhnout. Výtvarný projev je zde například považován za důležitou pomůcku při diagnostice mentálních schopností a odhadu mentálního věku, který je často po poškození mozku alterován. Výtvarná tvorba rehabilitantů s mentálním regresem pak nese rysy dětské kresby (schématické postavy s proporcionálně příliš velkou hlavou, obloha znázorněná jako pruh v horní části papíru, místo perspektivy řazení objektů do pruhů nad sebou apod).

Na klinice probíhá jednou týdně konzilium, kterého se účastní pracovníci všech oborů, aby společně diskutovali o otázkách týkajících se jak provozních záležitostí, tak konkrétních rehabilitantů. Jednotliví členové týmu podávají ostatním informace ze svého oboru a společně pak navrhnou léčbu, případně její změnu, probírají vývoj stavu rehabilitanta a všechny záležitosti spojené s péčí o něj. Názor arteterapeutky má stejnou váhu jako názory všech ostatních pracovníků, kteří s ní často debatují a porovnávají svá pozorování s jejími.

Z tohoto pracoviště se výzkumu zúčastnilo 15 probandů. Rehabilitanty, kteří dochází na arteterapii ambulantně, jsem do výzkumného vzorku nezahrnovala.

7.4.2 REHABILITAČNÍ KLINIKA MALVAZINKY

Účastníky sezení jsou rehabilitanti hospitalizovaní na klinice většinou po dobu tří týdnů s onemocněním či potížemi různého druhu a etiologie. Často se jedná o chronické stavy či poškození vyžadující dlouhodobější intenzivní terapii (cévní mozkové příhody, vertebropatie, roztroušená skleróza, degenerativní onemocnění kloubů apod.). Ve skupině se schází pacienti různého věku a pohlaví. Účast je čistě dobrovolná a skupina mívá malý počet členů (2-5). Sezení probíhá pravidelně jednou týdně v podvečerních hodinách po dobu přibližně 1,5 hodiny s možností jisté časové flexibility.

Arteterapie probíhala až donedávna v místnosti v suterénu objektu, která byla vybavena jako tělocvična na zdravotní tělesnou výchovu. Podlahu pokrýval celoplošný koberec, pracovní plocha musela být pokaždé sestavena ze tří malých stolků složených v přilehlé místnosti. Tyto faktory prakticky vylučovaly možnost použití „špinavých“ technik (práce s hlínou, velkoplošné projekty). Terapeutka si musela nosit pomůcky ze vzdáleného ergoterapeutického oddělení. Pro značnou izolovanost místnosti od lůžkové části byl problematický i přesun účastníků s pohybovým handicapem. V době, kdy probíhal tento výzkum, došlo ke změně a nyní probíhají setkání v ateliéru ergoterapie, který je pro tyto účely mnohem lépe zařízen a vybaven a je snadno dostupný.

Terapeutka je externí pracovnící s fyzioterapeutickým, psychoterapeutickým a arteterapeutickým vzděláním. Sama prezentuje arteterapii na zdejším pracovišti jako doplňkovou metodu, jejímž cílem je odvedení myšlenek od nemoci a zamezení nudy. Celková atmosféra je velmi neformální. Všem pacientům nabízí již při prvním setkání tykání. Ačkoli se většinou jednalo o osoby starší, někdy i s významným sociálním statutem, nesetkala jsem se za celou dobu výzkumu s jediným účastníkem, který by byl tímto přístupem pohoršen. Terapeutka se snaží o vytvoření příjemné tvůrčí a uvolněné atmosféry i pomocí hudby, zapálených svíček, nabízí účastníkům čaj a kávu. Značně působivý je i její hlas – znělý, čistý, ale měkký a uklidňující. Na sezení je oficiálně vyhrazena hodina a půl, ale je dosti obvyklé, že sezení je ukončeno dříve, až když je diskuse nad artefakty přirozeně ukončena.

Rehabilitanti dostávají možnost výběru tématu práce z několika variant. Většina zadaných témat je spíše volných, nekonkrétních, někdy až tak vágních, že je zadání zpočátku nesrozumitelné (např. „zobrazte svůj vnitřní svět). Až po konkrétnějších instrukcích rehabilitanti dokáží téma zpracovat. Při samotném procesu tvorby účastníky nijak neusměrňuje. Ujišťuje je, že vše je dobře, vše je možné. Při práci probíhá nevázaná konverzace o běžných denních záležitostech, rodinách a práci zúčastněných. Na vlastní tvorbu navazuje diskuse. Terapeutka se vyhýbá přímé analýze z děl. Spíše než na symboliku oddělenou od celku reflektuje na celkové pojetí díla, uchopení tématu. Vede rehabilitanty v rozhovoru k odhalení klíčového místa artefaktu, na něž navazuje hlubší debata. Nezřídka se dotýkají dosti intimních oblastí či závažnějších problémů, aniž by byl vyvíjen zvláštní tlak. Jelikož jsem se účastnila všech aktivit během setkání včetně rozborů a diskusí, poznala jsem sama, jak nenápadně se člověk dostane ke spodním vrstvám svých potíží a skrytým příčinám svého momentálního rozpoložení i dlouhodobého „nastavení“ vůči světu.

Mezi nejpoužívanější techniky patří koláž, malba a také modelování z hlíny (bez možnosti vypálení či dalších úprav), která je naprosto výjimečným materiálem, o němž pojednává samostatná kapitola „Zvláštní význam práce s hlínou“. Artefakty si rehabilitanti ponechávají (často se těší, až jimi obdarují rodinné příslušníky či přátele, kteří je přijdou navštívit).

Do multidisciplinárního týmu zde arteterapeutka prakticky nepatří. Do jisté míry je to zřejmě dáno čistě prozaickými důvody – je externí pracovnící, která přichází na jedno sezení týdně, které se koná v podvečerních hodinách. Nemá však ani přístup k chorobopisům rehabilitantů a často ani neví, kdo ten den přijde na terapii.

Úvodního rozhovoru před začátkem terapie se zúčastnilo také 15 pacientů, z nichž naprostá většina trpí chronickou bolestí různého charakteru a lokalizace.

7.4.3 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA BOHNICE

Zde je situace poněkud odlišná od předchozích dvou pracovišť. Pacienty zde spojuje diagnóza psychiatrického onemocnění. Protože se jedná o zařízení se značnou kapacitou lůžek, je možné (a zároveň nutné) rozdělovat účastníky arteterapie do skupin podle druhu diagnózy a osobnostních charakteristik. Nejčastěji se jedná o pacienty z příjmových a léčebných pavilonů, kde se klade velký důraz na intenzivní komplexní terapii, nebo je potřeba upřesnit diagnózu a doporučit pacienta k další léčbě.

V areálu léčebny je věnováno hned několik ateliérů a pavilónů výtvarným a řemeslným technikám. Nachází se tam několik plně vybavených dílen (keramická, textilní, dřevořezbářská, košíkářská, drátenická, svíčkařská a šperkařská) a dalších prostor pro uměleckou tvorbu a její využití při terapii (Bohnická divadelní společnost, dramatická výchova, terapie s loutkou, kreativní psaní, muzikoterapie, taneční terapie). Účast na těchto aktivitách je nedílnou součástí komplexní psychiatrické léčby, jsou zahrnuty do terapie velké části pacientů z různých pavilónů a lze je do určité míry považovat za formu arteterapie. Pro arteterapii jako takovou je pak vyhrazen samostatný ateliér, jehož součástí je i čajovna a galerie, ve které mohou svá díla vystavovat pacienti i zájemci z řad veřejnosti.

Arteterapie je zde zavedenou, plnohodnotnou formou psychoterapie. Využívá se jak při diagnostice, tak při léčení různých druhů psychických poruch. Na sezení dochází nejčastěji lidé z pavilónu č. 3 (příjmový otevřený a léčebný otevřený koedukovaný pavilón), kteří jsou zařazení do psychoterapeutického programu a arteterapii mají předepsanou lékařem, nebo z pavilónu č. 1 (příjmový), u nichž hraje arteterapie roli pomocné diagnostické metody. Ženy z pavilónu č. 8 (pavilón pro léčbu závislostí) mají arteterapii povinně volitelnou. Vzhledem k tomu, že se jedná o uzavřený pavilón, chodí na sezení s doprovodem, nebo pro ně jde sám terapeut. Mužské osazenstvo je doplněné ještě o pacienty z pavilónu č. 18 (ochranná, soudně nařízená léčba sexuálních deviací). Jeden den v týdnu je dílna otevřená pro všechny zájemce a témata práce i výtvarné techniky jsou zde obecnější. Jednou týdně dochází do ateliéru také stabilní skupina pacientů z různých pavilónů, kteří však tvoří určitou strukturovanou skupinu tak, aby byla podporována skupinová dynamika a trénink sociálních dovedností.

Terapeut na začátku sezení připraví materiál pro zvolenou výtvarnou techniku a zadá téma práce, které záměrně příliš nespecifikuje (např. vztah rodič-dítě). Již pochopení tématu a jeho zpracování určitým směrem má výpovědní hodnoty pro diagnostické i terapeutické účely (např. zda ztvární své rodiče a sebe jako jejich potomka či sebe jako rodiče ve vztahu ke svým dětem). Poté určí časový limit na vlastní práci a odchází do vedlejší místnosti. To je dosti specifický přístup, který nelze uplatit u všech skupin. Pacienti tak sice mají větší volnost v rozehrávání sociálních rolí v rámci skupiny bez přítomnosti rušivého elementu – terapeuta, ale zároveň zůstávají bezprizorní, terapeut nemá možnost ovlivnit dění ve skupině ani v pozitivním smyslu. Po uplynutí stanoveného času se vrací, pacienti se přesunou se židlemi mimo plochu s pracovními stoly, aby mohli vytvořit kruh. Systémem „na každého přijde řada“ pak prezentují své práce, přičemž jsou nabádáni k tomu, aby jeden druhému pokládali otázky a vyjadřovali své názory. Já jsem byla pacientům představena jako stážistka, neúčastnila jsem se tvořivé části sezení a mohla zasahovat do diskuse a interpretace artefaktů z pozice terapeutky.

Výtvarné techniky užívané při arteterapii zahrnují „jednodušší“ druhy nenáročné na zvládnutí výtvarné techniky či nástrojů (kresba, malba, koláž, kašírování). Terapeut si artefakty systematicky nearchivuje, většinou je ponechává pacientům.

Přesto, že arteterapie je zde považována za důležitou pomocnou diagnostickou i léčebnou metodu, nemá ve zdejším systému příliš pevné místo. Často se stává, že na arteterapii jsou posláni pacienti jen z toho důvodu, že zrovna nemají jiný program, a takto je jim situace i prezentována. Často se dokonce stává, že při úvodním setkání určité skupiny pacientů si arteterapeut vytipuje několik z nich, které doporučí na další sezení, ale na jeho domovském pavilónu mu to neřeknou a on tak o pokračování terapie přijde. Terapeuté už tedy raději na jednotlivá oddělení telefonují a připomínají se. Pro pacienty z uzavřených pavilónů si terapeuté většinou musí chodit.

Arteterapeut je ale v celkem úzkém kontaktu s ostatními pracovníky na pavilónu č. 3. Každý den tam probíhá tzv. „komunita“, což je setkání všech pacientů i personálu. Během něj se probírá plán dne, rozvržení jednotlivých terapií pro určité skupiny pacientů, řeší se potíže týkající se provozu i léčby, jsou představeni případní nově příchozí pacienti, rozdělují se služby a funkce, hodnotí se aktivity a terapie předchozího dne apod. Celé setkání je zakončeno pronesením „hesla dne“, které zvolí či vymyslí

sami pacienti, a které má motivovat všechny přítomné k pozitivnímu smýšlení a aktivnímu přístupu k léčbě.

Výzkumný vzorek se zde skládá pouze ze čtyř pacientů z pavilónu č. 3 s převážně depresivní symptomatikou se somatizací ve formě chronických bolestí.

7.5 SBĚR DAT

Data byla získávána pomocí zúčastněného pozorování během samotných arteterapeutických sezení, dále z nestandardizovaných rozhovorů s jednotlivými účastníky, které probíhaly podle kostry sestavené pro účely tohoto výzkumu, a to před začátkem a po skončení celé arteterapeutické léčby každého člena výzkumného vzorku. Další informace ohledně spolupráce mezi jednotlivými terapeuty i odborníky z jiných oborů, osobní zkušenosti s rehabilitanty či s využitím různých výtvarných technik pro specifické účely apod., jsem získala během konzultací s terapeuty.

7.6 ANALÝZA DAT

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum, nebudou mít získaná data číselné hodnoty, a tudíž nebudu k jejich analýze užívat statistické metody. Získané informace jsou deskriptivního charakteru (mluvená slova lidí, pozorovatelné chování). Data jsem mezi sebou porovnávala a pokoušela se najít nejdůležitější faktory určující efekt terapie, a to jak okamžitý, tak dlouhodobý.

7.7 VÝSLEDKY

7.7.1 REALIZACE VÝZKUMU

V souladu s původním plánem se jedná o kvalitativní výzkum evaluativního charakteru. Data byla získávána během 14 týdnů, během nichž jsem se osobně účastnila pravidelných arteterapeutických setkání na třech klinických pracovištích. Dále jsem, nad rámec původně plánovaného výzkumu, navštívila psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, kde mi však nebyla umožněna účast na sezeních ani osobní kontakt s pacienty. Jednalo se tedy pouze o konzultaci s terapeutkou a provedení arteterapeutickým ateliérem.

Z 15 probandů z Kliniky rehabilitačního lékařství 1.LF a VFN dokončilo výzkum 13, z toho sedm mužů a šest žen. Dva rehabilitanti přestali pravidelně docházet na terapie. Snížená schopnost pohybu je příliš vyčerpávala při nutnosti rychlého přesunu mezi jednotlivými terapiemi, které bezprostředně navazují. Na Rehabilitační klinice Malvazinky byl výzkum realizován s 11 probandy, z toho s 10-ti ženami a jediným mužem. Ostatní absolvovali pouze jedno nebo dvě sezení, takže jsem je z výzkumu vyloučila. Výzkumný vzorek z Psychiatrické léčebny Bohnice tvoří 4 pacienti.

7.7.2 POPIS DAT A JEJICH INTERPRETACE VE VZTAHU K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM

Pro větší přehlednost uvádím vždy v úvodu odstavce výzkumnou otázku, ke které se následující popis dat vztahuje.

Je arteterapie v praxi přijímána jako plnohodnotná forma terapie ?

Ačkoli arteterapie prožívá v posledních letech značný nárůst zájmu z řad odborné i laické veřejnosti, její pozice v praxi nemá dosud pevné místo a informovanost o základních principech a možnostech jejího uplatnění je všeobecně dosti nízká. Podobná je i situace mezi rehabilitanty, což spolu zajisté souvisí (nemá je o ní kdo informovat). Na klinických pracovištích, které jsem v rámci této práce navštěvovala

někdy dochází k rozporu mezi tím, jak je považována za přínosnou, a tím, jakou má v komplexní péči pozici z hlediska organizace, časového vymezení na setkání apod. Na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN je prakticky všemi zdravotníky přijímána jako plnohodnotná forma terapie, ale technické zázemí i časové možnosti pro praktické provádění jsou zde velmi omezené. V Psychiatrické léčebně v Bohnicích má arteterapie vybudovanou pozici jako důležitá pomocná diagnostická i terapeutická metoda. Na Rehabilitační klinice Malvazinky je pojímána čistě jako doplňková metoda, jejímž cílem je odvést pozornost rehabilitantů od svých potíží a ukrátit jim dlouhou chvíli.

Domnívám se, že arteterapie by si zasloužila plnohodnotné místo v komprehenzivní rehabilitaci různých druhů poruch. Překážku někdy tvoří nedostatečná objektivita diagnostických i terapeutických principů arteterapie. Částečnou pomocí by se mohly stát objektivizační metody navržené pro arteterapii a popsané v knize „Tools of the Trade“ (Brooke, 2004). Otázkou však je, zda by nemělo být vynaloženo úsilí spíše na přesvědčení všech skeptiků o účincích arteterapie, které sice nejsou měřitelné, ale zato empiricky prokazatelné.

Probíhají terapeutická sezení ve vytipovaných zařízeních pravidelně, systematicky a v adekvátním prostředí ?

Na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN je na setkání striktně vymezena jedna hodina týdně a nepříliš vhodný multifunkční prostor. Ukázalo se, že tento faktor hraje jednu z rozhodujících rolí při terapii. Během sezení není možné vytvořit klidnou tvůrčí atmosféru, jelikož všichni zúčastnění jsou neustále v časovém presu. Výběr výtvarných technik je do jisté míry omezený tím, že terapeutka si všechny potřebné pomůcky musí nosit na každé setkání ze svého kabinetu, a také tím, že ve vymezeném čase musí být proveden i závěrečný úklid, aby místnost byla bezprostředně k dispozici jako kuchyň.

Na Rehabilitační klinice Malvazinky jsou po nedávné změně technické podmínky velmi dobré, zařazení arteterapie v harmonogramu do odpoledních hodin přináší také řadu výhod. Rehabilitanti již nemusí nikam spěchat a mohou se soustředit výhradně na aktuální činnost.

V Psychiatrické léčebně Bohnice (PLB) je zázemí pro arteterapii výborné. K dispozici je prostorný ateliér, výstavní plochy a příjemným doplněním je i čajovna, která slouží jako chráněné pracoviště pro pacienty PLB. Sezení probíhají pravidelně, pro každou skupinu jednou týdně, v různé délce trvání, která musí být z důvodu dalších navazujících terapií přibližně dodržována. Vymezený čas je ale dostatečný, takže tempo práce je přiměřené. Určité časové vymezení je pro značnou část rehabilitantů spíše přínosné, jelikož jim neumožňuje zdlouhavé přemýšlení nad tématem a nutí je ke zpracování prvních podnětů a myšlenek, které bývají nejcennější z diagnostických i terapeutických hledisek. Na otázku, zda by rehabilitanti sami měnili něco na průběhu či organizaci arteterapie v daném zdravotnickém zařízení, většina z nich uvádí zintenzivnění terapie formou častějších sezení, a v případě Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN i prodloužení jednotlivých setkání.

Jsou účastníci arteterapeutického sezení předem informováni o tom, jak bude terapie probíhat, co se od nich bude očekávat, co naopak sami mohou očekávat od ní ?

V tomto ohledu je situace prakticky stejná na všech pracovištích. Rehabilitantům je většinou řečeno, že „půjdou na malování“, což v některých z nich vyvolává jisté obavy z toho, že nebudou „dostatečně dobře umět malovat“. Předchozí zkušenosti s arteterapií mají pouze dva rehabilitanti a kromě dvou ostatní probandi shodně vypovídají, že by lepší informovanost rozhodně uvítali. Pokud je jedinou dosavadní zkušeností s výtvarným uměním většiny účastníků povinná školní výtvarná výchova se známkováním výtvorů, převládne v nich strach ze selhání a nedostatečné zručnosti. Někteří probandi dokonce vypovídali o rehabilitantech, kteří z tohoto důvodu na arteterapii raději vůbec nešli. Navíc bylo prokázáno, že pozitivní očekávání působí jako významný faktor pro celkový efekt terapie. Když rehabilitanti neví, co mají očekávat, tento fenomén se neuplatní.

Jaký je názor probandů na psychosomatická onemocnění ? Změnil se nějak po absolvování arteterapie ?

Většina probandů se domnívá, že psychický stav do značné míry ovlivňuje celkový stav organismu a průběh onemocnění. Často například uvádí, že je důležité věřit v uzdravení či v účinnost použitých léčebných metod, ale nemyslí si, že by narušené psychické procesy mohly, u jinak zdravého člověka, onemocnění přímo vyvolat. Výjimku tvoří onemocnění, u kterých je všeobecně psychický stav považován za hlavní etiopatogenetický faktor (např. vředová choroba žaludku a dvanáctníku, hypertenze apod.).

Podstatnou změnu názoru, ve smyslu přiklonění k teorii psychosomatických onemocnění, jsem zaznamenala u třech rehabilitantek z Rehabilitační kliniky Malvazinky, které zaznamenaly bezprostřední účinek arteterapie na zmírnění pocitu bolesti a napětí.

Z jakého teoretického základu a principu terapie vycházejí? Jak se jejich zaměření konkrétně promítá v praxi?

Terapeutka působící na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN je zastánkyní analytické školy (tzv. rožnovská arteterapie) a metodické vedení i celková forma práce tomu odpovídá (viz. kapitola „Pozice a možnosti arteterapie v České Republice“). Hodně zasahuje rehabilitantům do procesu tvorby, usměrňuje je a nabádá ke změnám v projevu, výběru barev apod. Některým účastníkům tento přístup příliš nevyhovoval. Cítili se být neustále napomínáni, opravováni, a nemohli tak svobodně tvořit. Tato forma arteterapie má řadu zastánců, ale i některé odpůrce, především co se týče interpretace artefaktů. Podle nich nelze pracovat s nějakými modely, šablonami a příručkami (Šicková-Fabrice, 2002). Ze zkušenosti terapeutky však určité prvky v dílech často napoví, co je příčinou potíží autora, čím prochází a jaké má pocity. Jako jediná si zdejší arteterapeutka archivuje vytvořená díla, což považuji za velmi přínosné. Na některých artefaktech je totiž v průběhu času zatelný progres nebo regres ve formě i obsahu. Sama terapeutka tohoto jevu s úspěchem využívá. Na konci pobytu každého rehabilitanta přinese složku jeho děl ke společné diskusi a interpretaci dlouhodobějších jevů.

Na Rehabilitační klinice Malvazinky vede setkání terapeutka s vysokoškolským fyzioterapeutickým a arteterapeutickým vzděláním, která zároveň působí jako psychoterapeutka (na jiném pracovišti). Takový široký rozhled a odborné znalosti jsou, podle mého názoru, pro danou práci ideální. O to více je škoda, že na klinice nefunguje lépe spolupráce s ostatními pracovníky. Sama uvádí, že arteterapie je zde pouze doplňková forma terapie, neuznává příliš analytický přístup a sezení jsou koncipována jako neformální setkání s příjemnou činností. Při práci nejsou rehabilitanti nijak usměrňováni. Témata jsou většinou volná nebo velmi obecná, což některé probandy spíše znejistilo, některým naopak vyhovovala možnost volby a uplatnění tvořivosti v plné míře. Možná i pro absenci, někdy svazujícího, pocitu, že je člověk vystaven působení psychoterapie, se rehabilitanti lehce uvolnili a při rozhovoru se dostávali ke hlubším vrstvám svých potíží. Díky psychoterapeutickému vzdělání terapeutky však byly dobře zpracované a rehabilitanti odcházeli většinou s pocitem uspokojení a určitého rozřešení svých problémů.

V Psychiatrické léčebně Bohnice vedou arteterapii psychoterapeuté s arteterapeutickým výcvikem, což odpovídá celkové koncepci a funkci arteterapie na tomto pracovišti. V nejvyšší míře zde působí i všechny pozitivní aspekty skupinové terapie, protože skupiny jsou sestavovány a vedeny tak, aby se v nich mohla co nejvíce uplatnit skupinová dynamika, modelovat reálné sociální prostředí apod. a tím rozvíjet komunikační a sociální dovednosti.

Ovlivňuje vztah terapeut – rehabilitant průběh a efekt arteterapie?

Podle mého názoru byl tento faktor jedním z hlavních faktorů podílejících se na celkovém efektu terapie. Empatie, opravdovost, odhodlání, celková sympatičnost a pozitivní náboj působili pozitivně, zatímco zdrženlivost, odstup, projevovaná nechuť k práci, měly efekt opačný. Snad nejvíce se tento faktor, někdy považovaný za samostatnou proměnnou, projevoval na Rehabilitační klinice Malvazinky, kde si probandi arteterapeutku velmi oblíbili a většina z nich se shoduje, že navzdory malému počtu setkání si k ní vybudovali poměrně vřelý vztah, který jim umožňoval diskutovat i o velmi osobních záležitostech. Terapeutka na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF a

VFN působila na probandy jako autorita, které si všichni vážili a k její práci nemají výhrady, i když někteří z nich by přivítali liberálnější přístup. V Psychiatrické léčebně Bohnice hodnotí přístup terapeuta pacienti také kladně, i když někdy by přivítali, kdyby byl více entuziastický. Nemají příliš šancí navázat s ním blízký osobní vztah, což jim ale nevadí.

Do jaké míry jsou průběh terapie, její efekt a motivace rehabilitantů k pokračování v terapii ovlivňovány výběrem výtvarných technik?

Některé techniky se ukázaly být velmi přínosné a vítané. Především se jednalo o práci s hlínou, a to jednak proto, že s ní rehabilitanti běžně nepřijdou do styku, a jednak pro samotné potěšení z práce s ní. Líbilo se jim jen tak si s hlínou pohrávat a promáčkávat ji. Při ztvárnění určitého tématu nemuseli mít přesnou představu o konečné podobě svého artefaktu, protože jak jim rostl pod rukama, mohli ho měnit a dotvářet. Působení obecných aspektů, např. reálná tvorba podle předlohy v kontrastu s abstraktní tvorbou, působila na každého probanda rozdílně. Někdo přivítal možnost svobodné volby tématu i výtvarného projevu, jinému vyhovovalo konkrétnější zadání a přesnější pokyny při jeho zpracování. Pozitivním faktorem byla pestrost používaných technik a jejich nevšednost. Na druhou stranu, používání menšího počtu technik s různými obměnami vedlo rehabilitanty k tomu, že si je náležitě osvojili a plánují je použít při aktivitách v zájmových klubech a dalších organizacích, popřípadě i doma.

Působí arteterapie na zlepšení komunikačních a sociálních dovedností (rozvoj sebevnímání, fantazie, copingových strategií, zlepšení nálady, zvýšení motivace, navázání užších kontaktů a kooperace s ostatními apod.)?

Na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN se tento efekt v podstatě neprojevil. Podle mého názoru je to dáno způsobem vedení skupiny, rychlého spádu všech aktivit, krátkého časového úseku určeného pro interpretaci a diskusi. Čtyři probandi chodili dokonce na terapie s určitou nechutí a náladu jim příliš nezlepšila, protože „je to nebaví a neumí malovat“. Jelikož nálada má prokazatelný vliv na fyzický stav člověka, intenzitu bolesti apod., považuji to za důležitý negativní faktor.

Na Rehabilitační klinice Malvazinky docházelo k interakci většinou jen mezi terapeutkou a jednotlivými rehabilitanty, takže kooperace s ostatními příliš rozvíjena nebyla. Na druhou stranu, navzdory tomu, že probandí se účastnili pouze třech sezení, došlo ke zlepšení copingových strategií, podpoření fantazie a kreativity, sebevnímání apod. Výrazný byl zde efekt zlepšení nálady a odvedení myšlenek účastníků od bolesti a potíží, což považuji za velmi přínosný jev.

V Psychiatrické léčebně Bohnice byl tento efekt nejvýraznější díky již zmíněné strategii při sestavování a vedení klasické psychoterapeutické skupiny.

Má arteterapie pozitivní efekt při léčbě chronické bolesti?

Naprostá většina rehabilitantů z Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN a Rehabilitační kliniky Malvazinky uvádí podstatné zlepšení stavu včetně zmírnění bolesti během pobytu v daném zařízení. Pouze tři rehabilitantky však vyzorovaly přímou souvislost snížení bolesti s arteterapií. Jedna z nich, která byla po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, uvedla, že při modelování válečků z keramické hlíny rytmickým pohybem obou rukou cítila, jak dochází k uvolnění celé oblasti v okolí operovaného kloubu. Další dvě pacientky dále shodně uvádí, že se „vykreslily z bolesti“. Ztvárnění jejich potíží v konkrétním objektu artefaktu jim pomohlo ho lépe definovat a oddělit od své osobnosti. Účinek arteterapie pak přirovnávají k ostatním běžným rehabilitačním metodám (léčebná tělesná výchova, elektroléčba). Ostatní takto konkrétní vztah negují, nebo udávají, že si ho nejsou vědomi.

Četné výzkumy potvrdily přímou souvislost bolesti s náladou člověka. Domnívám se ale, že tento vztah je tak nehmotný a nekonkrétní, že si ho mnozí rehabilitanti ani neuvědomují a pozitivní efekt zlepšené nálady při arteterapeutickém sezení tak působí aniž by ho zaznamenali.

Převládají celkově pozitivní účinky nad případnými negativními?

U většiny probandů jednoznačně ano. Výjimku tvoří výše zmínění čtyři probandi, kteří hodnotili arteterapii celkově negativně. Probandi z Psychiatrické léčebny Bohnice arteterapii považují za velmi schůdný a účinný typ psychoterapie. Díky tomu, že byli zaměstnání výtvarnou činností a debata se týkala vytvořených artefaktů, neměli tíživý pocit, že jsou středem pozornosti oni sami a byli mnohem uvolněnější. Při rozhovoru pak vždy měli před sebou něco konkrétního, fyzicky přítomného, čeho se mohli držet. Některé údaje z vlastního života či své problémy dokonce dokázali vyjádřit jen díky použitím neverbálního, výtvarného projevu. Později se jim pak podařilo své pocity a myšlenky i vyslovit. Všichni se shodují i na tom, že jim výtvarný projev pomohl vyjádřit i fakta a souvislosti, která si ani sami neuvědomovali. Někdy jim k tomu dopomohl terapeut, který z jejich výtvoru ony skryté souvislosti vytušil, někdy je objevili oni sami již při procesu tvorby. Největší přínos skupinové terapie, včetně arteterapie, vidí většinou v možnosti poznávání osudů a potíží ostatních pacientů. Pocit, že „v tom nejsou sami a spousta lidí je na tom dokonce ještě mnohem hůře“ je hodně uklidňuje. Určitá sounáležitost se skupinou jim pak dodává nejen pocit, že „někam patří“, ale také odvahu a motivaci řešit aktivně své problémy

Vědí pacienti po ukončení terapie na koho se obrátit, pokud budou chtít v arteterapii pokračovat ambulantně?

Všem účastníkům terapií z Rehabilitační kliniky Malvazinky je nabídnuta možnost ambulantního docházení po skončení pobytu na klinice, co je však pro většinu z nich nedostupné kvůli velké vzdálenosti kliniky od místa bydliště. Na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN mají tuto příležitost pouze vytipovaní jedinci, v Psychiatrické léčebně Bohnice to možné není. Informace o dalších zařízeních provozujících arteterapeutická sezení rehabilitantům poskytnuty nebývají. Vzhledem k tomu, že 8 probandů uvedlo, že by rádi zařadili arteterapii do svého dalšího léčebného či rekonvalescentního plánu, domnívám se, že kdyby měli k dispozici kontakt na taková zařízení, spolky apod., někteří by toho skutečně využili a v arteterapii by pokračovali. Arteterapeuté sice nemohou znát všechna zařízení z celé republiky, ale mohli by

rehabilitantům pomoci v jejich vyhledávání. Několik probandů má v plánu využít některé techniky při aktivitách v různých sdruženích zdravotně postižených, klubech a zájmových spolcích apod. Především se jedná o kolektivně vytvářenou velkoformátovou koláž a modelování.

Funguje v praxi týmová spolupráce i na mezioborové úrovni, konkrétně mezi fyzioterapeuty a arteterapeuty?

Na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN je týmová spolupráce příkladná a opravdu multidisciplinární. Na Rehabilitační klinice Malvazinky naopak nefunguje prakticky vůbec, což osobně považuji za velký nedostatek ve využití potenciálu zdejší arteterapie. Terapeutka se totiž během sezení dozví o rehabilitantech množství informací z jejich sociální, rodinné i osobní anamnézy. Přitom nemá dokonce většinou ani možnost nahlížet do chorobopisů účastníků sezení a do poslední chvíle neví, kdo ten den na terapii přijde. V Psychiatrické léčebně Bohnice je velmi rozvinutá na úrovni jednotlivých pavilónů (fyzioterapeut zde však nepůsobí), ale v rámci léčebny dosti vážne. Příkladem jsou již nesnáze při domluvě s domovskými pavilóny jednotlivých klientů o jejich účasti na arteterapeutickém sezení. Bližší spolupráce s fyzioterapeutem by jistě také byla přínosná. Spousta pacientů má totiž potíže somatického charakteru, které jsou s jejich psychickým stavem úzce provázané.

Lze využít některé techniky či prvky z arteterapie ve fyzioterapeutické praxi?

Možností je celá řada. Několik návrhů je blíže uvedeno v následující kapitole „Techniky arteterapie využitelné ve fyzioterapeutické praxi“.

7.7.3

TECHNIKY ARTETERAPIE VYUŽITELNÉ VE FYZIOTERAPEUTICKÉ PRAXI

Osobně shledávám několik technik, či dílčích postupů velice přínosnými pro použití v širší rehabilitační praxi, včetně fyzioterapie. Například využití výtvarného projevu při vyšetřování mentálních schopností rehabilitanta. Psychologové sice mají k dispozici verbální i neverbální testy inteligence, ale rysy jeho díla často vypoví více. Jsou totiž velice podobné s dětskými výtvary, které jsou charakteristické pro určité věkové rozmezí, takže lze získat představu o celkových schopnostech mentálně retardovaného člověka v přirovnání ke kalendářnímu věku zdravého dítěte. Pro zájemce o bližší informace o vývojových stádiích a specifikách dětské kresby bych odkázala na publikaci „Kresba jako nástroj poznání dítěte“ (Davido, 2001).

Další možností je využití koloroterapie (vliv jednotlivých barev na člověka a jejich využití v terapii) ve zjednodušené formě. Existuje prokazatelný vliv některých barev na psychiku, který se používá i v rámci fototerapie. Například červené světlo dráždí a modré naopak tlumí funkci vegetativní nervové soustavy, červené světlo vyvolává změny v elektrické činnosti mozku apod. (Capko, 1998). Pro bližší informace bych odkázala čtenáře například na „Základy arteterapie“ (Šicková-Fabrice, 2002) či „Základy fyziatrické léčby“ (Capko, 1998).

Domnívám se, že techniky arteterapie by mohly být velmi přínosné při poruchách tělového schématu, které se často vyskytují u somatických či funkčních poruch léčených fyzioterapeutickými přístupy. Největší potenciál pak vidím ve vytváření trojrozměrných artefaktů například z hlíny. Při modelování dochází k haptické zkušenosti s „vlastním tělem“, aferentaci z různých receptorů (včetně proprioceptorů), umístění těla v prostoru, nutnost určité proporcionality. Lze však použít i materiálův méně náročné techniky, jako např. obkreslování vlastního těla (Šicková-Fabrice, 2002), což může být například začleněno do skupinové terapie. Výše zmíněné haptické zkušenosti spolu s tréninkem jemné motoriky by mohly být efektivní i při různých neurologických onemocněních s poruchami cití či hybnosti horních končetin, což už však spadá do kompetence ergoterapeutů.

Ve fyzioterapii již sporadicky využívaný výtvarný prvek je zakreslování bolestivých míst či jiných problematických partií do nákresu lidské postavy. Podle mého názoru je ale tento velmi názorný prostředek s velkou výpovědní hodnotou stále podceňován a mohl by být využíván více. Pokud necháme rehabilitanta nakreslit celou postavu, může nám poodhalit další informace o jeho vztahu k vlastnímu tělu. V psychologii se kreslení postavy používá běžně.

Výtvarné techniky jsou výbornou pomůckou při komunikaci s rehabilitanty, kteří mají fatické poruchy nebo jakékoli omezení artikulace a mluvení. Během výzkumu jsem se setkala se dvěma pacienty s expresivní afázií, které jsem nezahrnula mezi výzkumný vzorek, jelikož byli dlouhodobými ambulantními pacienty a nedocházeli na sezení pravidelně. Ráda bych zde však poukázala na výrazné zlepšení komunikačních schopností díky arteterapii. Při interpretaci svých artefaktů měli k dispozici hmatatelné vodítko, ze kterého terapeut vyčetl spoustu informací, což mu pomohlo rozumět verbálnímu projevu rehabilitanta. Ten byl lepším vzájemným porozuměním motivován k další diskusi, zmírnila se u něj tenze, což vedlo k dalšímu zlepšení mluveného projevu. Výtvarný projev jako pomůcku při komunikaci bych proto doporučovala použít i během fyzioterapeutické intervence.

Vzhledem ke vztahu distresu během náročných životních situací a onemocnění (včetně funkčních poruch pohybového aparátu), se osvědčuje použití časové osy (i když to není vyloženě záležitostí arteterapie) při odebírání anamnézy. Fyzioterapeuté tak mohou získat informace ze sociálního prostředí rehabilitantů v kontextu k jejich potížím, určitou představu o reaktivitě či nervově-regulačních pochodech apod.

Dalším nespecifickým aspektem, kterého využívá arteterapie, je skupinová terapie. Když se fyzioterapeut seznámí se základními principy fungování skupiny tak, aby se mohly projevit výhody, které takové uspořádání poskytuje, může je s úspěchem využít i v rámci fyzioterapeutické intervence.

Jak již bylo řečeno, fyzioterapeuté mohou těžit z arteterapie i jako její aktivní účastníci. Jako představitelé tzv. pomáhajících profesí jistě přivítají možnost ventilovat napětí, odvést myšlenky od pracovních záležitostí a věnovat se příjemným aktivitám.

Celá řada osvědčených metod léčby psychosomatických onemocnění spadá do kompetence fyzioterapeutů. Ačkoli se nejedná o využití prvků arteterapie, uvádím zde na ně stručný odkaz v návaznosti na teoretickou část této práce, která, mimo jiné, pojednává o prokazatelném vztahu mezi psychickým a fyzickým stavem člověka. K somatopsychoterapii, jak se tyto přístupy souhrnně nazývají, patří např. Schultzův autogenní trénink, Jacobsonova progresivní svalová relaxace, bioenergetika, metody Alexandrova a Feldenkraisova, jóga, tai-či a další techniky, jejichž podstatou je ovlivnění psychického stavu prostřednictvím práce s tělem a dýcháním.

7.7.4 SOUHRN VÝSLEDKŮ

Výzkum dokončilo celkem 28 probandů, z toho 13 z Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN, 11 z Rehabilitační kliniky Malvazinky a 4 z Psychiatrické léčebny Bohnice.

Za jednu z hlavních předností Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF a VFN považují mezioborovou týmovou spolupráci, v níž má své místo i arteterapie. Je zde pojímána jako velmi přínosná pomocná diagnostická i terapeutická metoda, čemuž bohužel neodpovídají zdejší materiální ani časové podmínky. Terapeutka při vedení skupiny vychází z analytické školy, což se projevuje jak na samotném procesu tvorby, tak při interpretaci děl. Rehabilitantům je zde arteterapie v podstatě předepsána bez jejich informovaného rozhodnutí.

Na Rehabilitační klinice Malvazinky je arteterapie považována za čistě doplňkovou formu terapie, není v podstatě začleněna do komprehenzivní rehabilitace, její pozice v rámci komplexní léčby není nijak ustanovena. Technické zázemí se během tohoto výzkumu značně zlepšilo, takže již plně odpovídá požadavkům. Nyní je například umožněna práce s hlinou, která vnáší do terapie velmi pozitivní náboj a je u rehabilitantů značně oblíbená. Na setkáních vládne neformální, příjemná atmosféra. Tři probandi navíc považují arteterapii za stejně účinnou formu terapie poruch vyznačujících se chronickou bolestivostí, jako např. léčebnou tělesnou výchovu nebo elektroléčbu, jelikož u sebe pozorovali bezprostřední pozitivní efekt určitých technik.

V Psychiatrické léčebně Bohnice je technické, personální a materiální zázemí pro uplatnění arteterapie prakticky ideální. Je zde také důležitou diagnostickou i terapeutickou metodou pro různé druhy psychických poruch. Setkání jsou koncipována jako psychoterapeutická a tomu odpovídá i složení skupin a metodické vedení.

8. DISKUSE

8.1 LIMITY PRÁCE

Cílem této práce byla rešerše literatury zabývající se daným tématem doplněná o sondu do reálných podmínek praxe. Zkoumání jevů v přirozených podmínkách s sebou přineslo jistá pozitiva. Do určité míry byla vyloučena možnost zkreslení výsledků způsobené změnami procesu a prostředí, které by vyžadovala studie v experimentálních podmínkách. Zároveň byl však výzkum limitován jak výběrem zkoumaného vzorku, který tvořili účastníci arteterapeutických sezení na příslušných klinických pracovištích, tak dalšími faktory. Mezi ně patří značné množství proměnných ovlivňujících výsledky terapie, které nebyly nijak regulovány. Jednotliví arteterapeuté byli zastánci různých přístupů, měli rozdílné vzdělání, věk, pohlaví, temperament, vztah vytvořený s rehabilitanty apod. Metodou léčby byla vždy arteterapie, ale její aplikace v praxi měla, právě kvůli zmíněným rozdílům v pojmání arteterapie samotnými terapeuty, odlišnou podobu. Zároveň vstupují do hry i další proměnné v osobnosti rehabilitantů a jejich reakcích (blíže viz. kapitola „Proměnné ovlivňující náš výzkum“).

Rozhovory s probandy probíhaly podle schématu vytvořeného pro naše účely. Nepoužili jsme žádné existující dotazníky či jiné výzkumné metody, jelikož neodpovídaly našim potřebám a při jejich použití bychom nedostali odpovědi na naše výzkumné otázky. Navíc takto mohl být průběh rozhovoru přizpůsoben momentální situaci, otázky mohly být pokládány v návaznosti na předchozí odpovědi tak, aby rozhovor byl co nejpřirozenější a nejplynulejší. Použitím nestandardizované výzkumné metody se sice snížila interní validita práce, zato jsme získali lepší představu o reálných podmínkách, což bylo pro účely této práce důležitější.

Zúčastněné pozorování, jakožto další použitá výzkumná metoda, s sebou přináší jistá rizika. Jedná se především o možný vliv osobní interpretace pozorovaných jevů samotným pozorovatelem, která je ovlivněna jeho postoji, názory, pozorovacími schopnostmi, jeho teoretickými znalostmi o pozorovaných jevech, očekáváním určitých výsledků apod. Samotné pozorování, i popis a interpretace dat, by těmito faktory měly být zatíženy co nejméně, což bylo i naším cílem.

8.2 NÁVRHY PRO DALŠÍ VÝZKUM

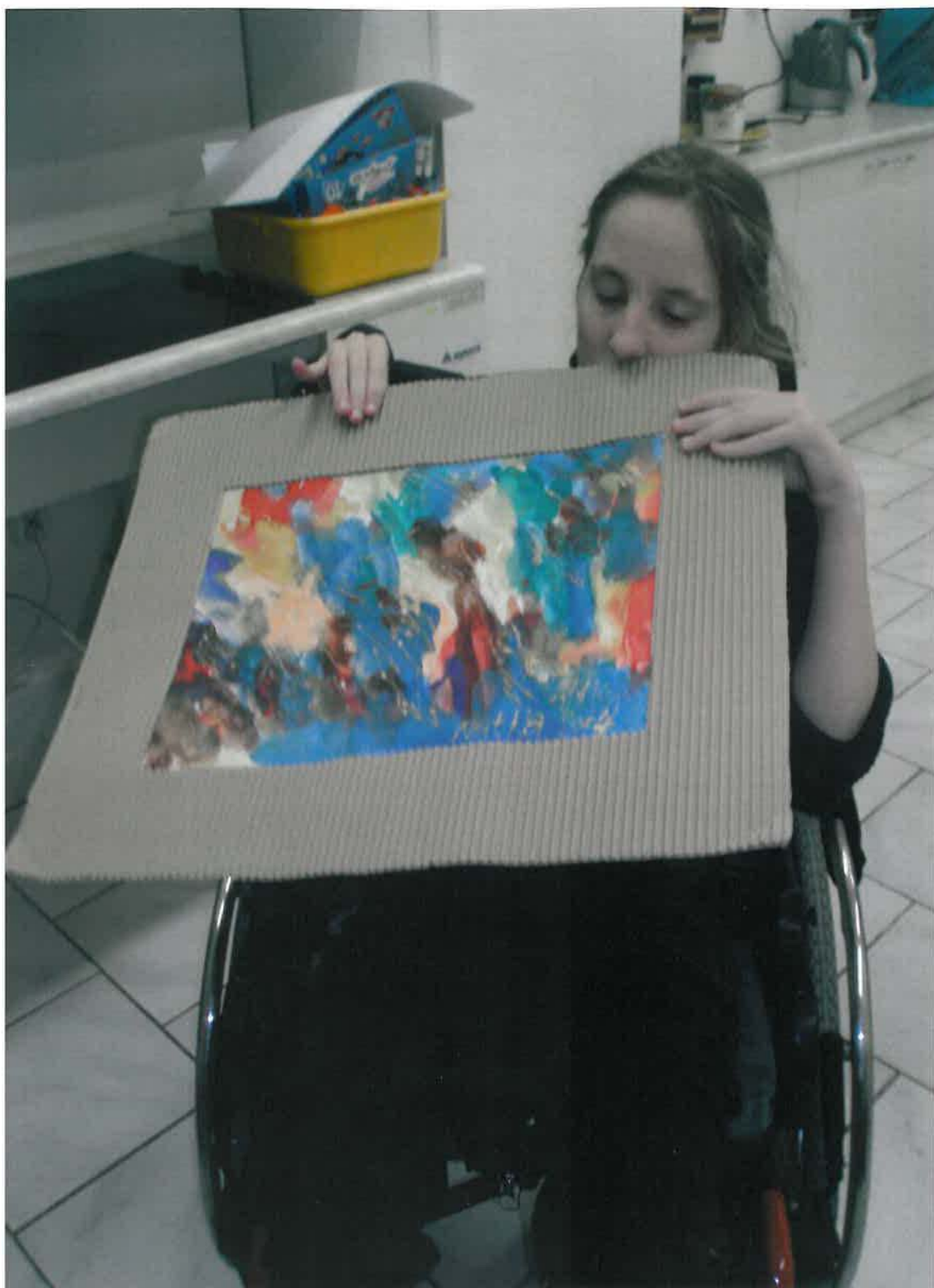
Další výzkum by mohl být realizován na toto téma různými způsoby. Například by mohl být rozšířený o zkušenosti a data z dalších klinických pracovišť, protože jak je zřejmé z tohoto výzkumu, je arteterapie pojímána v různých zdravotnických zařízeních dosti rozdílně. Existuje také celá řada nezdravotnických institucí, organizací, spolků apod., kde se arteterapie s úspěchem používá (vězeňská služba, sociální ústavy, domovy důchodců, dětské domovy celá řada dalších).

Pokud by cílem práce bylo ověřit vliv jednotlivých proměnných na konečný efekt terapie, musel by být výzkum koncipován tak, aby bylo možné měnit působící podnětové složky. To by v praxi znamenalo zapojení značného počtu terapeutů i probandů koordinovaných týmem zkušených psychoterapeutů.

9. ZÁVĚR

V dnešní době je stále důrazněji proklamován holistický přístup k pacientovi, týmová spolupráce zdravotníků, ucelený, komprehenzivní léčebný či rehabilitační postup. Jedním z úkolů této práce bylo zjistit, jak je tato teorie implikována do praxe. Zaměřila jsem se na arteterapii, jakožto důležitý terapeutický přístup (Pavlů, 2003), ve kterém se snoubí prvky používané v rámci fyzioterapeutické, ergoterapeutické či psychoterapeutické intervence. Jedním z hlavních cílů práce bylo přinést, na základě rešerše literatury, ucelený základní přehled o psychogenních faktorech podílejících se na vzniku bolesti a možnostech jejího ovlivnění. Dále jsem se snažila shrnout teoretická východiska arteterapie a možnosti jejího využití v rehabilitaci. Tato část by mohla sloužit jako vodítko při navazování spolupráce fyzioterapeutů i dalších rehabilitačních pracovníků s odborníky zabývajícími se arteterapií. Ukázalo se, že ačkoli je arteterapie celkem běžně přijímána jako pomocná diagnostická i terapeutická metoda, panuje mezi zdravotníky a potažmo i rehabilitanty malá informovanost a její potenciál není plně využit. V některých případech nemá arteterapeut ani místo v multidisciplinárním týmu rehabilitačních pracovníků.

Vliv psychických faktorů na vznik a průběh celé řady poruch a onemocnění, včetně chronických bolestivých stavů, byl opakovaně prokázán a má reálný fyziologický i psychologický podklad. Vycházela jsem tedy z předpokladu, že ovlivněním psychogenních faktorů pomocí arteterapie lze pozitivně působit jak na celkový stav rehabilitantů, tak konkrétně na snížení bolestivosti, kterou trpěla většina probandů. Zatímco tento konkrétní efekt byl zaznamenán pouze ve třech případech, zlepšení nálady, sociálních a komunikačních dovedností, copingových strategií apod., se projevilo téměř ve všech případech. Tímto zdánlivě vágním a neodborným efektem lze však odstranit konkrétní patogenetické faktory, jakými jsou právě nuda či špatná nálada (Danzner, 2001)



Obr. č. 5 Natálka a její „Jarní nálada“

10. SEZNAM LITERATURY

1. ADAMS, N., RAVEY, J. and BELL, J. Investigation of personality characteristics in chronic low back pain patients attending physiotherapy out-patient departments. *Physiotherapy*. 1994, č. 80(8), s. 514-519.
2. ALBE-FESSARD, D. *Bolest : mechanismy a základy léčení*. 1. vyd. Praha : Grada, 1998. 219 s. Z francouzského originálu přeložili Richard Rokyta, Karolina Hoschlová, Anna Křížová. ISBN 80-7169-588-2.
3. ANDERSON, RA. Low back pain and biofeedback. *Townsend Letter for Doctors and Patients*, On-line, Feb-March, 2005
4. BALAGUE, F., DUDLER, J., NORDIN, M. Low-back pain in children. *Lancet* 2003, č. 26, s. 1403 – 4.
5. BEJIA, I. Low back pain in a cohort of 622 Tunisian schoolchildren and adolescents: an epidemiological study. *European Spine Journal*, On-line, Springer-Verlag 2004.
6. BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Krása a bolest*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1985. 416 s. ISBN 11-101-8502-09.
7. BLYTH, FM. et al. Self-management of chronic pain : a population-based study. *Pain*. 2005, č. 113, s. 285-292.
8. BORENSTEIN, DG., et al. *Low Back Pain : Medical diagnosis and comprehensive management*. 2. vyd. Philadelphia : W. B. Saunders Copany, 1995. 732 s. ISBN 0-7216-5411-8.
9. BROM, B., DESMEDT, JE. *Pain and the Brain : From Nociception to Cognition*. 1.vyd. New York : Raven Press, 1995. 584 s. ISBN 0-7817-0322-0.
10. BROOKE, LS. *Tools of the trade; a therapist's guide to art therapy assessments*. 2. vyd. New York : Raven Press, 2004. 240 s. ISBN 0-398-07521-2.
11. CAMPBELL, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vyd. Praha : Portál, 2000. 199 s. Z anglického originálu přeložila Michaela Šárová. ISBN 80-7178-428-1.

12. CAPKO, J. *Základy fyziotrické léčby*. 1.vyd. Praha : Grada, 1998. 396 s. ISBN 80-7169-341-3.
13. CRAIG, KD. Emotions and psychobiology. In : *Textbook of Pain*. PD WALL and R. MELZACK, eds. 1999. s. 331–342.
14. DANNEELS, LA. Differences in electromyographic activity in the multifidus muscle and the iliocostalis lumborum between healthy subjects and patients with sub-acute and chronic low back pain. On-line, Springer-Verlag 2001.
15. DANZER, G. *Psychosomatika : celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 244 s. Z německého originálu přeložila Renata Hollgeová. ISBN 80-7178-456-7.
16. DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. 1.vyd. Praha : Portál, 2001. 205 s. Z francouzského originálu přeložily A.Lhotová a H. Prousková. ISBN 80-7178-449-4.
17. DI-FABIO, R. Efficacy of comprehensive rehabilitation programs and back school for patients with low back pain : A meta-analysis. *Physical-Therapy*. 1995, č. 75(10), s. 865-878.
18. FELDMAN, O. Konzervativní léčba lumboischiadického syndromu. *Bolest*. 2000, roč. 3, č. 2, s. 107-108.
19. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha : Portál, 2000. 196 s. ISBN 80-7178-367-6.
20. FRITZ, J., GEORGE, S. Identifying Psychosocial Variables in Patients With Acute Work-Related Low Back Pain: The Importance of Fear-Avoidance Beliefs. *Physical Therapy*. 2002, vol. 82, č. 10, s. 45-52.
21. GATCHEL, R., POLATIN, B., MAYER, G., et al. Psychopathology and the rehabilitation of patients with chronic low back pain disability. *Arch-Phys-Med-Rehabil*. 1994, č. 75(6), s. 666-70.
22. GOUBERT, L. et al. Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*. 2005, č. 118, s. 285-288.
23. GRABOIS, M. Management of Chronic Low Back Pain. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005, č. 84, s. 29-41.
24. HAWKINS, R. What to Consider When a Child Has Low Back Pain. *Child Health Alert*. 2003, č. 5, s. 23-28.

25. HONZÁK, R., STROUHALOVÁ, L. Psychoterapie v léčbě bolesti. *Bolest*. 2000, č. 1, s. 66-69.
26. HOPE, P., FORSHAW, MJ. Assessment of psychological distress is important in patients presenting with low back pain. *Physiotherapy*. 1999, vol. 85, č. 10, s. 563-570.
27. HOROVITZ, EG. *Art therapy as witness; a sacred guide*. 1.vyd. Philadelphia : W. B. Saunders Copany, 2005. 220 s. ISBN 0-7216-5611-0.
28. CHROMÝ, K., HONZÁK, R., aj. *Somatizace a funkční poruchy*. 1.vyd. Praha : Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-1473-6.
29. JACKSON, T., IEZZI, T. Gender differences in pain perception: the mediating role of self-efficacy beliefs. On-line, *A Journal of Research*. 2002.
30. JEBAVÁ, J. *Úvod do arteterapie*. 1.vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2000. 95 s. ISBN 80-7184-394-6.
31. KEEL, PJ., WITTIG, R., DEUTSCHMANN, R., et al. Effectiveness of in-patient rehabilitation for sub-chronic and chronic low back pain by an integrative group treatment program (Swiss multicentre study). *Scandinavian-Journal-of-Rehabilitation-Medicine*. 1998, č. 30(4), s. 211-219.
32. KENNY, D., FAUNCE, G. The Impact of Group Singing on Mood, Coping, and Perceived Pain in Chronic Pain Patients Attending a Multidisciplinary Pain Clinic. *Journal of Music Therapy*. 2004, č. 2, s. 34-39.
33. KOLEKTIV AUTORŮ. Intensity of Low Back Pain May Depend on State of Mind. On-line, *AORN Journal*. 2000.
34. KOOPMAN, FS. et al. Effectiveness of a multidisciplinary occupational training program for chronic low back pain: a prospective cohort study. *American Journal of Physical and Medical Rehabilitation*. 2004, vol. 82, č. 2, s. 94-103.
35. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 1.vyd. Praha : Portál, 1997. 392 s. ISBN 80-7178-179-7.
36. KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest, její diagnostika a psychoterapie*. 1.vyd. Brno : Vydavatelství IDVPZ, 1992. 188 s. ISBN 80-7013-130-6.
37. LANDGARTEN, HB. *Clinical Art Therapy*. 1.vyd. New York : Brunner/Mazel, 1981. 390 s. ISBN 0-87360-237-1.

38. LARGE, R., STRONG, J. The personal constructs of coping with chronic low back pain : Is coping a necessary evil? *Pain*. 1997, č. 73(2), s. 245-252.
39. LEWIT, K. Rehabilitace u bolestivých poruch pohybové soustavy. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2001, č. 1, s. 4-17.
40. LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. Přel. J. Elisová. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. 279 s. Přel. z : Art therapy for groups. ISBN 80-7178-864-3.
41. McCracken, L., Eccleston, CH. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*. 2005, č. 118, s. 164-169.
42. McCracken, L., Goetsch, V. and Semenchuk, E. Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain : immediate assessment following a specific pain event. On-line. *Behavioral Medicine*. 1998.
43. MELZACK, R. *Pain Measurement and Assessment*. 1.vyd. New York : Raven Press, 1994. 293 s. ISBN 0-89004-893-2.
44. MELZACK, R., Turk, D. *Handbook of Pain Assessment*. 1.vyd. New York : The Guilford Press, 1992. 491 s. ISBN 0-89862-883-0.
45. Merskey, H., Bogduk, N. *Classification of Chronic Pain*. 2. vyd. Seattle : IASP Press, 1994, s. 13.
46. MIŠURCOVÁ, V., SEVEROVÁ, M. *Děti, hry a umění*. 1.vyd. Praha : ISV, 1997. 195 s. ISBN 80-85866-18-8.
47. NADLER, SF., STEINER, DJ., PETTY, SR., et al. Overnight use of continuous low-level heatwrap therapy for relief of low back pain. *Arch-Phys-Med-Rehabil*. 2003, vol. 84, č. 3, s. 335-42.
48. NAIDOO, P, PATEL, CJ. Stress, depression and left-sided psychogenic chest pain. *Acta Psychiatr Scand* .1993, č. 88(1), s. 12-15.
49. PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody: Koncepty a metody spočívající převážně na neurofyzilogické bázi*. 2.vyd. Praha : Cerm, 2003. 239 s. ISBN 80-7204-312-9.
50. PFEIFFER, J. *Ergoterapie : Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci*. 1.vyd. Praha : REHALB o.p.s., 2001. 77 s.
51. PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1.vyd. Praha : Triton, 2004. 157 s. ISBN 80-7100-4523-1.

52. PRICE, C., WILLIAMS, AC., MAIN, CJ., et al. Rehabilitation for chronic low back pain. *British-Medical-Journal*. 2001, č. 323, s. 1251-1252.
53. RAINVILLE, P. et. al. Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*. 2005, č. 118, s. 306-318.
54. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. Psychoterapie v léčbě chronické bolesti. *Bolest*, 1999, č. 3, s. 112.
55. REY, R. *The History of Pain*. New York : Raven Press, 1998. 305 s. ISBN 0-84876-756-0.
56. RIEDEL, I. *Obrazy v terapii, umění a náboženství*. Praha : Portál, 2002. 216 s. ISBN 80-7278-512-0.
57. ROKYTA, R. Bolest a její patofyziologie. *Psychiatrie*. 1998; č. 2, s. 103-107.
58. ROKYTA, R. Psychogenní bolest. *Psychiatrie*. 2004; č. 8(1), s. 21-25.
59. SVOBODA, M. *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. 1.vyd. Praha : Portál, 1992. 189 s. ISBN 80-7064-036-5.
60. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. 179 s. ISBN 80-7178-616-0.
61. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1.vyd. Praha : Portál, 2004. 227 s. ISBN 80-7178-889-9.
62. TUNKS, E., MERSKEY, H. Psychotherapy in the Management of Chronic Pain. In: LOESER, J. *Bonica's Management of Pain*. 1. vyd. Philadelphia : Lippincott W. and W., 2001. 1768 s.
63. TURK, D. *Pain and Behavioral Medicine*. 1.vyd. New York : The Guilford Press, 1987. 356 s. ISBN 0-89862-917-9.
64. UNROD, M., KASSEL, J. and ROBINSON, M. Effects of smoking, distraction, and gender on pain perception. On-line, *Behavioral Medicine*. 2004.
65. VAŠINA, L. *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*. 1.vyd. Praha : Neptun, 2002. 282 s. ISBN 80-902896-4-9.
66. VERBUNT, JA., SEELEN, HA., VLAHEYEN, JW., et al. Fear of injury and physical deconditioning in patients with chronic low back pain. *Arch-Phys-Med-Rehabil*. 2003, vol. 84, č. 8, s. 1227-32.
67. VÉLE, F. *Kineziologie pro klinickou praxi*. 1.vyd. Praha : Grada, 1997. 271s. ISBN 80-7169-256-5.

68. VLIEGER, P. et. al. Worrying about chronic pain. An examination of worry and problem solving in adults who identify as chronic pain sufferers. *Pain*. 2006, č.120, s. 138-144.
69. VYKLICKÝ, L. Patofyziologie bolesti. *Bolest*. 1994, č. 3, s. 62-79.
70. WADESON, H., DURKIN, J. and PERACH, D. *Advances in Art Therapy*. 1.vyd. New York : Wiley Interscience, 1989. 461s. ISBN 0-471-62894-8.
71. WALL, PD. *The placebo and the placebo response*. In : Textbook of Pain. PD Wall and R. Melzack, b.m., 1999;62:1419–1430.
72. WATSON, KD., et al. Low Back Pain in Schoolchildren : the Role of Mechanical and Psychosocial Factors. *Arch. Dis. Child*. 2003, vol. 88, č. 1, s. 12-17.
73. ZABLOCKI, E. Comprehensive group support leads to pain relief. On-line. *Townsend Letter for Doctors and Patients*. 2004.

11. PŘÍLOHY

Seznam příloh

- A) Kostra nestandardizovaných rozhovorů se členy výzkumného vzorku
- B) Jevy hodnocené při zúčastněném pozorování

A) KOSTRA NESTANDARDIZOVANÝCH ROZHovorů SE ČLENY VÝZKUMNÉHO VZORKU

Otázky pokládané před začátkem prvního arteterapeutického sezení:

1. Víte, co znamená výraz „arteterapie“, jaký druh terapie to je a čeho využívá?
1. Pokud ne, chtěli byste být lépe informováni před zahájením léčby?
2. Máte již osobní zkušenosti s arteterapií, popř. jaké (v jakém zařízení, po jakou dobu probíhala, s jakým efektem)
3. Co od arteterapie očekáváte? Máte konkrétní představu, v čem by Vám mohla pomoci – např. snížení intenzity bolesti?
4. Jaký je Váš názor na psychoterapii – považujete ji za plnohodnotnou formu terapie, či je to podle Vás pouze terapie doplňková? V jakých případech si myslíte, že by mohla pomoci nejvíce?
5. Jaký je Váš názor na psychosomatická onemocnění (při rozhovoru byl pacientům tento pojem blíže vysvětlen) – věříte, že psychický stav a jeho změny mohou být příčinou somatických onemocnění?

Otázky, které sloužily jako schéma pro rozhovor po skončení posledního sezení:

1. Naplnila arteterapie Vaše očekávání, v čem konkrétně ano a v čem ne?
2. Měla nějaký konkrétní efekt (např. snížení intenzity bolesti)?
3. Jaký má, podle Vás, arteterapie efekt ve srovnání s ostatními metodami a procedurami, které jste během léčení absolvovali?
4. Co by, podle Vás, mohlo vést ke zvýšení účinnosti, většímu celkovému přínosu arteterapie (např. větší počet sezení během léčby, prodloužení jednotlivých sezení, použití jiných výtvarných technik, jiná celková koncepce sezení, změna přístupu terapeuta, jiné složení skupiny apod.)
5. Jaké techniky používané během terapií se Vám líbily nebo naopak nelíbily a proč?
6. Jaký máte vztah s terapeutem/terapeutkou? Jak byste ohodnotili jejich práci během sezení?
7. Odcházeli jste ze sezení s lepší náladou než s jakou jste na něj přicházeli?
8. Myslíte si, že tělesné obtíže včetně bolesti, jsou ovlivněné psychickým stavem a náladou?
9. Plánujete pokračovat v účasti na arteterapii ambulantně či využívat některé techniky doma, ve Vašem zájmovém klubu, sdružení, s přáteli apod.? Víte, kam se obrátit, pokud byste chtěli pokračovat v arteterapii pod odborným vedením?

B) JEVY HODNOCENÉ PŘI ZÚČASTNĚNÉM POZOROVÁNÍ

- začlenění arteterapie do komprehenzivní rehabilitace na daném pracovišti
- struktura sezení
- metodické vedení a jeho teoretické podklady
- vztah terapeut – rehabilitant
- celková atmosféra během sezení
- používané výtvarné techniky a jejich vliv efekt terapie
- materiální, technické a personální zázemí pro aplikaci arteterapie
- multidisciplinární spolupráce